

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

SANDRA MARA DE OLIVEIRA

**REINSERÇÃO SOCIAL DO MORADOR DE RUA ADULTO
DEPENDENTE QUÍMICO**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 19/04/06

FLORIANÓPOLIS, 2006.

SANDRA MARA DE OLIVEIRA

**REINSERÇÃO SOCIAL DO MORADOR DE RUA ADULTO
DEPENDENTE QUÍMICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso do Serviço Social da Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
parcial para obtenção do grau de Bacharel em
Serviço Social.

FLORIANÓPOLIS, 2006.

SANDRA MARA DE OLIVEIRA

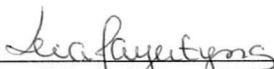
**REINSERÇÃO SOCIAL DO MORADOR DE RUA ADULTO
DEPENDENTE QUÍMICO**

Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social e aprovado em sua forma final pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 19 de abril de 2006.



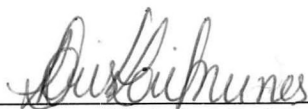
Prof. Rosana Martinelli de Carvalho Freitas
Coordenadora do Curso de Serviço Social
Universidade Federal de Santa Catarina



Profª Leila Mayer Eyng
Orientadora



Profª Rita de Cássia Gonçalves
1º Examinadora



Profª Larissa Christina Leifer Nunes
2º Examinadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela dádiva da vida.

Aos meus pais (*in memoriam*) que me ensinaram a não ser igual aos outros e sim a ser eu mesma, sempre.

A Professora Orientadora Leila Mayer Eyng pela dedicação, sabedoria e ajuda dispensada.

Aos colegas, amigos pela confiança, carinho durante a jornada acadêmica.

A todos que direta ou indiretamente colaboraram para que este trabalho fosse realizado com sucesso.

RESUMO

A sociedade atual está vivendo para uma grande transformação de valor social, ético e moral. A inclusão no mundo das drogas é um cotidiano cada vez mais presente para muitos familiares. O presente trabalho visa fazer um estudo do Programa de Abordagem de Rua de Florianópolis, que tem por objetivo analisar o processo de ressocialização do morador de rua após o tratamento do dependente químico. O Programa de Abordagem de Rua (PAR) é um projeto da Prefeitura Municipal de Florianópolis vinculado a Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social. Para o desenvolvimento do trabalho foi utilizado uma metodologia de cunho exploratório descritivo. Os dados foram coletados em livros, periódicos, internet, documentos internos do Programa e ainda foi aplicado um questionário às três Assistentes Sociais que atuam no programa. A reinserção do dependente químico se torna necessário para que o tratamento seja atingido na sua totalidade. No entanto, com a pesquisa pode-se perceber que este processo ainda não está sendo desenvolvido no Programa de Abordagem de Rua devido à falta de profissionais e de local adequado para desenvolver este trabalho. A reinserção deve ser implantada para que o dependente no final do seu tratamento tenha um ponto de apoio e possa ter continuidade psicológica, social e financeira para poder voltar a viver em sociedade.

Palavras-chave: Reinserção Social. Morador de Rua. Dependente Químico.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Modelos de tratamento e dependência	33
Ilustração 2 - Comparativo entre a teoria e a prática.....	60

SUMÁRIO

RESUMO	5
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	6
1 INTRODUÇÃO	8
1.1 TEMA E PROBLEMA	9
1.2 OBJETIVOS.....	10
1.2.1 Objetivo geral	10
1.2.2 Objetivos específicos	10
1.3 JUSTIFICATIVA.....	11
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO.....	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1 QUESTÃO SOCIAL.....	14
2.1.1 Cidadania	16
2.2 EXCLUSÃO SOCIAL	18
2.3 MORADOR DE RUA.....	20
2.3.1 Política de Assistência Social e o Morador de Rua	25
2.4 DEPENDÊNCIA QUÍMICA	27
2.4.1 Drogas.....	29
2.4.2 As Políticas Públicas no tratamento da Dependência Química	31
2.5 O SERVIÇO SOCIAL	34
2.6 REINSERÇÃO SOCIAL	38
3 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS	42
3.1 TIPO DE ESTUDO	42
3.2 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	43
3.3 POPULAÇÃO	45
3.4 DISCUSSÃO SOBRE A CONFIABILIDADE DA PESQUISA	45
4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	46
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO DE ABORDAGEM DE RUA.....	46
4.1.1 Objetivos do Projeto Abordagem de Rua	48
4.2 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL.....	49
4.3 ANÁLISE DO PROJETO ABORDAGEM DE RUA, VISANDO A REINSERÇÃO SOCIAL	51

4.4 A PERCEPÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS DO PROJETO ABORDAGEM DE RUA EM RELAÇÃO A REINSERÇÃO DO MORADOR 55

5 CONCLUSÃO 63

REFERÊNCIAS 66

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO 71

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos do século XX, foram muitas as tentativas científicas referentes ao entendimento etiológico sobre as drogas, seja por meio de pesquisas sobre o metabolismo e sobre aspectos sociológicos, bem como a síndrome da dependência das pessoas frente a estas substâncias.

Diante do novo cenário da sociedade brasileira, verificamos que nela existe uma grande falha nas políticas sociais, que apesar dos direitos serem adquiridos por lei não são garantidos e nem conseguem dar conta da realidade. Vivemos num mundo e, particularmente num país, onde as questões sociais e os preconceitos estão presentes em todos os espaços, sendo que suas principais vítimas encontram-se nos bairros de comunidades populares, onde estão principalmente as crianças negras e pobres, filhas dos trabalhadores excluídos desta sociedade injusta e desumana, fazendo com que estas pessoas vivam em condições sub humanas em locais excluídos da sociedade.

Entretanto, a Organização Mundial de Saúde (2005) define dependência química como um estado psíquico e geralmente físico, resultante da ingestão de álcool e drogas por reações de comportamento e outras que sempre incluem uma compulsão para ingerir álcool e drogas de modo contínuo ou periódico, a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e por vezes evitar o desconforto de sua falta. Sendo que, uma das áreas da política pública mais debatida sempre vem sendo a área da saúde. A Saúde da população do Brasil, como preceitua a Constituição Federal, depende de fatores econômicos e sociais, entre eles, a garantia de emprego, salário, habitação, comida, educação, lazer e transporte.

Frente a esta realidade, Longenecker (1998, p. 2) destaca:

O abuso de drogas tem também uma conotação de prejuízo à sociedade, mesmo quando a legalidade não está em questão. Por exemplo, o consumo de tabaco não é ilegal, devido a um processo de aceitação descrita como domesticação. Isso quer dizer que o consumo do tabaco foi admitido como uma questão de escolha pessoal antes que suas reais consequências fossem inteiramente conhecidas. O seu abuso está tão amplamente disseminado a esta altura que seria muito difícil aplicar restrições legais.

Compreende-se que o Serviço Social é também uma profissão que se insere na equipe da Saúde, daí a sua importância articulando o recorte social, com o processo de intervenção no Programa de Abordagem de Rua. Este tema, aqui exposto, tem-se a competência junto aos fenômenos sócio-culturais, econômicos que reduzem à eficácia da prestação dos serviços no

setor, quer seja em nível de promoção, prestação e/ou recuperação da saúde, dessa forma contribuindo para uma sociedade mais justa e igualitária.

Diante do exposto, sabendo-se da importância da Intervenção do Serviço Social, bem como de sua capacidade de decifrar a realidade enquanto profissão, se preocupando em elevar o nível de conscientização do homem, bem como tornando-o mais crítico e reflexivo, no sentido de efetivar direitos, a fim de que se possa melhor interagir e assim poder transformar a realidade a qual está inserido.

O Projeto Abordagem de Rua, desenvolvido pela Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social, visa atender crianças, adolescentes e adultos de rua, que tem por objetivo oportunizar o estabelecimento e acolher os moradores de rua com segmentos organizados da comunidade, como escolas, programas sociais, atendimento à saúde, centros esportivos, entre outros. Diante desta situação, torna-se necessário à participação do profissional de Serviço Social contribuindo com seus conhecimentos, investigação das problemáticas sociais e propor iniciativas junto aos órgãos competentes, ações que possam reinserir o dependente a sociedade.

1.1 TEMA E PROBLEMA

O número de moradores de rua tem aumentado rapidamente nas duas últimas décadas em todo o mundo. Alguns políticos e trabalhadores da área têm atribuído esse aumento, especialmente, ao processo de desinstitucionalização psiquiátrica, que teve início nos países desenvolvidos na década de 60.

Como destaca Rosa (1995, p. 11),

Desde a década de 70 e, mais tarde exatamente na década de 80, pode-se verificar uma relação entre a ocupação dos espaços públicos da cidade para morar e sobreviver com o desemprego à situação econômica recessiva. A expressão mais radical dessa crise é composta, sobretudo, por trabalhadores expulsos do mercado de trabalho, exercendo atividades de caráter informal e temporário e submetidos à intensa violência cotidiana e ao isolamento. Como, em geral vivem processos de ruptura de suas relações familiares, apresentando-se como grupos vulneráveis, que fazem da rua seu lugar de moradia e sobrevivência.

Em contato com a complexidade da questão social, o morador de rua adulto dependente químico tem motivado a reflexão sobre essa situação, constituindo-se em tema bastante instigante que desperta o interesse em melhor compreendê-lo.

Diante de uma sociedade cada vez mais capitalista, os moradores de rua são vítimas extremas da exclusão social. A discriminação e, muitas vezes, a ausência de documentos não permite que os moradores de rua sejam inseridos nos sistemas sociais e de saúde pública. Na verdade, eles são tidos como pessoas indesejáveis pela sociedade, que lhes nega, sobretudo, o essencial para a condição humana, a dignidade pessoal e profissional.

O morador de rua adulto tornou-se hoje um fenômeno comum aos olhos de quem anda pelo centro de grandes metrópoles, onde estas pessoas fazem das ruas o seu local de sobrevivência, seja por opção ou por necessidade.

O mundo social dos indivíduos em situação de rua, é constituído de uma sub-cultura limitada, sendo um mundo do social que não é criado ou escolhido pela grande maioria destes indivíduos, pelo menos não inicialmente, mas para o qual a maioria foi empurrada por circunstâncias além do seu controle.

Diante deste contexto, pergunta-se, quais os desafios enfrentados pelos moradores de rua adultos com dependência química no momento do reingresso na sociedade, ou seja, de que forma ocorre o processo de ressocialização e qual o papel do Assistente Social no projeto Abordagem de Abordagem de Rua?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Analisar o processo de ressocialização do morador de rua após o tratamento da dependência química desenvolvido pelo Assistente Social no Projeto Abordagem de Rua no município de Florianópolis.

1.2.2 Objetivos específicos

- Revisar a literatura sobre o morador de rua com dependência química, legislação e tratamentos;
- Caracterizar o morador de rua adulto que apresenta dependência;

- Descrever a abordagem de rua realizada pelos Assistentes Sociais no período noturno nos anos de 2004/2005.
- Identificar as limitações sociais encontrados pelo Assistente Social no processo de ressocialização dos moradores com dependência química.

1.3 JUSTIFICATIVA

Diante da conjuntura econômica atual é necessário reconhecer que vivemos um momento histórico desconfortável, marcado pelo fenômeno da globalização, agudização da questão social e seu corolário de desequilíbrios, mascaramentos, conflitos, desigualdades e exclusões. O morador de rua, sem dúvida, é a expressão máxima desse processo, diante de nossos olhos, em números cada vez mais expressivos, desafiam os serviços sociais a apresentarem alternativas que possibilitem a sua inclusão.

A experiência do morador de rua deve ser estudada e compreendida, cada vez mais, não como se fosse uma solução habitacional ou um modo de vida para o futuro, mas sim, como uma perspectiva de libertação do corpo no espaço, como o entrosamento do espaço público com o espaço privado, como um autêntico e criativo objeto de estudo para a sociedade contemporânea.

A escolha pelo tema justifica-se devido à realização do Estágio Curricular no Projeto Abordagem de Rua, onde percebe-se a dificuldade de reinserção do dependente químico, uma vez que a comunidade terapêutica trabalha o usuário no surto, mais quando da alta do sujeito, este fica a deriva sem ter para onde ir.

Para poder propiciar aos moradores de rua uma ressocialização, o poder público municipal de Florianópolis vem desenvolvendo, através de suas Secretarias, diversas ações de alcance social e o atendimento ao cidadão principalmente nas áreas da habitação, criança e adolescente, saúde e educação, visando, transformar, ou pelo menos diminuir o quadro de carência sócio-econômica vivida por uma parcela significativa da população.

Observa-se no Projeto Abordagem de Rua a importância da atuação do profissional de Serviço Social, pois este age diretamente vinculado ao atendimento do usuário. Entretanto, tais profissionais em sua prática utilizam toda a compreensão teórica, técnica e metodológica de sua formação, pois é exigido que estejam permanentemente em busca de conhecimento concernente a complexidade que a função caracteriza.

A concepção da área temática tomou como referência à literatura científica do campo das políticas públicas e sociais, especialmente nos estudos que problematizam o papel do Estado e das instituições públicas, suas novas responsabilidades e tarefas no recente contexto de globalização, permeado pelo debate sobre o desenvolvimento mundial (social, humano e sustentável).

Para que se possa desenvolver estratégias eficazes de intervenção junto a este segmento populacional, de caráter político, social e médico, é necessário uma avaliação mais profunda a cerca de suas características, histórias, valores, significados atribuídos, estratégias de sobrevivência, estrutura pessoal, condições de vida e saúde física e mental. Verifica-se, no entanto, que há poucos estudos com esta conotação e muito menos com abordagem interdisciplinar.

Tal abordagem possibilita uma visão mais profunda e completa, pois contempla os múltiplos condicionamentos que compõem o cotidiano destes sujeitos. É necessário que sejam verificados os fatores que contribuem significativamente para determinar os processos que levam estes sujeitos a ter a rua como estratégia de sobrevivência, pela leitura do seu cotidiano e pelos significados a ele atribuídos, pelo seu estado de saúde mental, bem como por uma articulação com a realidade social mais ampla.

Dessa forma, este estudo pode contribuir na melhoria e no desenvolvimento de novos projetos em conjunto com instituições sociais e estudantes de cursos da área social, para que a cidade de Florianópolis possa oferecer um futuro com qualidade de vida para o morador de rua adulto com dependência química. Visto isso, o processo de ressocialização para o dependente químico morador de rua adulto é de fundamental importância para que este possa reingressar na sociedade com seus valores culturais restabelecidos e aptos a entrar no mercado de trabalho e na sua família.

O presente estudo visa da mesma forma sistematizar alternativas metodológicas de investigação científica, contribuindo também para o acúmulo científico nessa área e para a academia.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

Para um melhor entendimento do tema, o trabalho está estruturado em cinco capítulos, sendo que o primeiro apresenta a introdução, a problemática, os objetivos e a justificativa para sua realização.

O capítulo dois apresenta a fundamentação teórica que subsidiou a análise da pesquisa e descreve sobre a reinserção social, o morador de rua, a dependência química, destacando a população adulta bem como a atuação do Serviço Social neste contexto.

O capítulo três designa a descrição dos procedimentos metodológicos, onde é efetuado a delineação do problema, a caracterização da população e da amostra escolhida. Apresenta-se, em seguida, a metodologia utilizada na realização do trabalho, o instrumento criado para a coleta de informações e os meios utilizados para o seu tratamento.

No capítulo quatro é feita a apresentação e análise dos dados recolhidos junto aos pesquisados. Será ainda, caracterizado o Projeto Abordagem de Rua e a proposta de ressocialização dos dependentes químicos.

O capítulo cinco apresenta as considerações finais, com uma síntese das principais conclusões e a apresentação de sugestões que possam, de algum modo contribuir para melhorar a vida dos dependentes químicos contribuindo, assim, para uma qualidade de vida dessas pessoas.

E por fim, as referências que nortearam a pesquisa.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo será apresentada a revisão literária sobre a questão social, exclusão social, o morador de rua, a dependência química e a intervenção do Serviço Social diante desta abordagem social.

2.1 QUESTÃO SOCIAL

A questão social insere-se no contexto, onde o empobrecimento da classe baixa da população com a consolidação e expansão do capitalismo desde o início do século XIX, bem como o quadro da luta e do reconhecimento dos direitos sociais e das políticas públicas correspondentes, além do espaço das organizações e movimentos por cidadania social, introduzindo os mais diversos problemas sociais.

De acordo com Buarque (2005, p. 3) a grande questão social do século XXI será como oferecer consciência à ciência, como submeter o avanço técnico aos valores éticos. Administrar os êxitos do avanço técnico diante dos riscos que ele colocou para a humanidade, enfrentando quatro questões:

- a) A questão democrática, entre países e gerações: como reformar a democracia-nacional-de-curto-prazo, para incorporar os desafios de um mundo-global-com-efeitos-de-longo-prazo.
- b) A questão do terrorismo, entre militantes contra inocentes: como impedir que o poder-individual-com-armas-catastróficas se imponha à paz nas cidades.
- c) A questão da desigualdade, entre os seres humanos: como impedir que a brecha-da-desigualdade-social se transforme em ruptura-biológica-da-espécie-humana.
- d) A questão ecológica, entre os homens e a natureza: como fazer para que o aumento-da-riqueza-social seja feito sem uma redução-do-patrimônio ambiental.

Para Iamamoto (1998, p. 27), a Questão Social “expressa o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista madura”. Nesse sentido, podemos compreender a questão dos moradores de rua dependente de drogas como sendo a expressão das desigualdades produzidas no meio urbano, face o desenvolvimento do capitalismo.

De acordo com Martinelli (2000, p. 94), na marcha dos acontecimentos, o século XX é marcado por duas situações: 1ª “a questão social estava posta no centro do palco histórico, em toda sua plenitude; 2ª no confronto entre suas grandes personagens, o domínio de cena já

não era mais do capital”. Diante deste contexto, a questão social foi cada vez mais divulgada e necessária para que o Estado seja capaz de dispor de recursos para oferecer condições sociais a sociedade e as pessoas que dela necessitam para a sobrevivência.

A questão social do Brasil, hoje, é a de milhões de desempregados, subempregados, marginalizados, pessoas dedicadas às mais diferentes estratégias de sobrevivência, muitos à beira da ilegalidade, expostos a falta de moradia e envolto num mundo cheio de caminhos desvirtuados da sociedade como é o mundo dos drogados. Entretanto, a questão social não é monopólio do estado, pois cabe a este, em nome do bem comum, regular a propriedade privada e tutelar os direitos de cada um, em especial daqueles que necessitam de amparo, onde não poderá ignorar os direitos naturais dos grupos sociais (IAMAMOTO; CARVALHO, 1986).

As transformações do mundo no final do século XX, determinam profundas mudanças na esfera do Estado, consubstanciadas na Reforma do Estado, na aplicação de políticas de ajuste que preceituam o enxugamento dos gastos governamentais, na redução de financiamento dos serviços públicos, terminando por transferir para a sociedade civil, através da filantropia empresarial ou do terceiro setor, as mazelas sociais derivadas dessas transformações, onde muitas profissionais da área social ainda tentam introduzir novas ações para amenizar o sofrimento dos mais excluídos na sociedade com valores determinados pelo consumismo e de um mercado cada vez mais competitivo (IAMAMOTO, 1998). Não se pode desconhecer, portanto que, a questão social é infinitamente mais grave, pois está dinamizada por determinantes muito severos de acumulação de capital, o que traz como consequência a menorização de problemas velhos e novos mas manifestos de uma maneira mais perversa.

Segundo Faleiros (2000, p. 18) a questão social “era enfocada como um problema de ajuda do Estado (liberal) e como um problema de repressão. A ajuda e a repressão combinavam-se para a manutenção da ordem social e da força de trabalho”.

O Serviço Social nasceu dependente de alguns fatores que guardam relação com o surgimento do capitalismo, como o desenvolvimento das forças produtivas na metrópole e o desenvolvimento da ciência. Todavia, “a questão social e o desenvolvimento da medicina, da assistência médica às doenças levaram as classes dominantes a modificar sua estratégia face a população” (FALEIROS, 2000, p. 18).

Diante deste contexto, o grande vilão das drogas é a questão social, o problema das drogas entre os jovens e adultos está relacionado à falta de perspectivas, sendo que um dos caminhos para solucionar a questão é incentivar os viciados a participarem mais do convívio com a escola, a prática de esportes, oportunidades de emprego e renda, participar de

programas sociais e somar esforços para enfrentar a falta de perspectiva. Para Netto (1996) a questão social é função do estado, pois este é o agente que pode intervir em políticas que fazem com que a pessoa tenha acesso às instituições sociais que oferecem serviços para a população.

Portanto, a grande questão social do século XXI será interromper a marcha das últimas décadas em direção a uma humanidade dividida, onde alguns viverão mais, com mais saúde e inteligência, outros terão a mesma expectativa de vida atual, com pouca saúde e inteligência limitada.

A apreensão da particularidade da gênese histórico-social do Serviço Social nem de longe se esgota na referência da questão social, pois está relacionada ao tratamento da mesma num momento específico do processo da sociedade burguesa constituída, dessa forma, “as conexões genéticas do Serviço Social profissional não se entrecruzam com a questão social, mas com suas peculiaridades no âmbito da sociedade burguesa fundada na organização monopólica” (NETTO, 1996, p. 14).

Portanto, a questão social sofre interferência dos problemas sociais que afetam os países, por isso é necessário que sejam criadas ações e políticas sociais pelo Governo, onde tenha no conteúdo e na forma, um importante papel no sentido de dotar o País de um sistema de proteção social capaz não só de eliminar, no curto prazo, a miséria e a indigência, mas também de reduzir substancialmente, no médio prazo, os índices de pobreza, melhorar a distribuição de renda e promover a integração do conjunto da população brasileira nos direitos básicos da cidadania moderna, sem discriminações nem exclusões de qualquer natureza.

2.1.1 Cidadania

A cidadania é atualmente um assunto que vem sendo debatido tanto na democracia ocidental quanto no socialismo do Leste, entre as classes abastadas e as inferiores, aparece ainda na pauta de diversos movimentos sociais, que reivindicam saneamento básico, saúde, educação, fim da discriminação sexual e racial. No Brasil, a experiência em relação a este assunto se faz presente na Constituição de 1988, fixando um novo quadro de leis relativas aos direitos e deveres dos cidadãos (COVRE, 2002). Toda pessoa para ter cidadania é preciso primeiramente ser cidadão, respeitando seus direitos e deveres. Segundo Oliveira (2002, p. 55) cidadão é “um indivíduo que tem consciência dos seus direitos e deveres e participa ativamente de todas as questões da sociedade”.

Para Vieira (2001, p. 22) “a cidadania seria composta dos direitos civis e políticos – direitos de primeira geração – e dos direitos sociais – direitos de segunda geração”.

A cidadania está diretamente vinculada aos direitos humanos, uma longa e penosa conquista da humanidade, que teve seu reconhecimento formal através Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948, pela Organização das Nações Unidas (ONU). De acordo com Oliveira (2002) cidadania é mais uma identificação do que uma ação, pois como tema político significa compromisso ativo, responsabilidade, participar na comunidade, na sociedade e no país.

Diante do atual contexto, a cidadania se encontra ameaçada, principalmente nos países pobres e emergentes. Para a restauração da cidadania, é preciso acrescentar a sociedade o terceiro setor aos dois já conhecidos, que são o setor privado das empresas, o setor público, do governo, e o setor social autônomo.

Toda pessoa é considerada um cidadão, de direitos e deveres que devem ser respeitados para se viver numa sociedade com diferenças sociais, econômicas, raça, cor, entre outros. No entanto, a Constituição é uma arma na mão de todos os cidadãos, que devem saber usá-la para encaminhar e conquistar propostas mais igualitárias. Neste sentido, só existe cidadania se houver a prática da reivindicação, da apropriação de espaços, da pugna para fazer valer os direitos do cidadão. Dessa forma, a prática da cidadania pode ser a estratégia para a construção de uma sociedade melhor (COVRE, 2002).

Apesar do progresso na conquista da cidadania, com a Constituição de 1988, pouco foi realizado, efetivamente, para reduzir a desigualdade social, pois a realidade vivenciada é marcada pela divisão de classes sociais, onde os direitos são desiguais, prevalecendo os interesses de quem detém o poder. Na área social, pode-se observar esta deficiência claramente, pois muitos projetos são implantados e acabam não sendo finalizados, devido a falta de orçamento, ou mesmo por questões políticas, afetando a qualidade dos serviços destinados aos cidadãos.

Portanto, a cidadania é um dever de todo o ser humano que se encontra inserido na sociedade, para que essa possa ser usufruída por todos de forma igualitária, é necessário que não haja a exclusão social, assim fazendo com que todos tenham acesso a saúde, educação, alimentação e moradia.

2.2 EXCLUSÃO SOCIAL

A exclusão social é um dos fatores que mais vem afetando a sociedade, pois o número de pessoas que não tem acesso à saúde, educação, moradia e emprego vem crescendo cada vez mais com problemas decorrentes e graves que afetam a vida do ser humano.

A exclusão social pode ser definida como um processo sócio-histórico caracterizado pelo recalcamento de grupos sociais ou pessoas, em todas as instâncias da vida social, com profundo impacto na pessoa humana, em sua individualidade. Sendo que excluídos são todos aqueles que são rejeitados de mercados materiais ou simbólicos e de valores (MARTINS, 1997).

De acordo com Taveira e Almeida (2002, p. 23) a exclusão social trata de um fenômeno novo que pode ser explicado a partir de um fato antigo, pois a “pobreza não é mais vista como fatalidade, mas como resultante do processo de exploração existente entre os homens, em função do qual muitos, deixando de ter espaço na sociedade, passam a ocupar lugares residuais”.

De acordo com Castel (1997, p. 16) “a exclusão é uma noção analítica. Ela não permite conduzir investigações precisas sobre os conteúdos que pretende abranger”.

A exclusão tende a se tornar um dos entraves no mundo capitalista, pois esta pode vir a se presenciar em vários níveis e formas na sociedade. No Brasil, a situação da exclusão social, em quaisquer de suas instâncias, ou em todas, vem se agravando em termos de quantidade (é cada vez maior o número de desvalidos) e em intensidade (é cada vez maior o número de pessoas vivendo abaixo da linha da miséria).

Segundo Buarque (*apud* FISCHER; MARQUES, 2005), a exclusão social passa a ser vista como um processo presente, visível e que ameaça confinar grande parte da população num *apartheid* informal, expressão que dá lugar ao termo “apartação social”, ficando clara a divisão entre o pobre e rico, em que o pobre é miserável e ousado enquanto o outro se caracteriza como rico, minoritário e temeroso. Sendo que para muitos a exclusão se refere à discriminação sobre qualquer aspecto.

De acordo com Rogers (1999 *apud* FISCHER; MARQUES, 2005, p. 3), “a exclusão, em sua essência, é multidimensional, manifesta-se de várias maneiras e atinge as sociedades de formas diferentes, sendo que os países pobres são afetados com maior profundidade”. Os principais aspectos dizem respeito à falta de acesso ao emprego, a bens e serviços, também à falta de segurança, justiça e cidadania. Dessa forma, pode-se dizer que a exclusão se

manifesta no mercado de trabalho (desemprego de longa duração), no acesso à moradia e aos serviços comunitários, a bens e serviços públicos, a terra, aos direitos etc.

De acordo com Duarte (2003, p. 135),

A exclusão social implica, pois uma dinâmica de privação por falta de acesso aos sistemas sociais básicos, como família, moradia, trabalho formal, informal, saúde, dentre outros, é outro senão o processo que se impõe a vida do indivíduo que estabelece uma relação de risco com algum tipo de droga, cuja fronteira para a exclusão é delimitada pelo início dos problemas sociais.

O fenômeno da exclusão social provoca, deste ponto de vista, uma modificação fundamental na estrutura da sociedade, bem como a vivência das pessoas. A exclusão tende, desta maneira, a substituir a relação de exploração. No entanto, a exclusão contemporânea é diferente das formas existentes anteriormente de discriminação ou mesmo de segregação, pois essa tenderá criar internacionalmente, indivíduos inteiramente desnecessários ao universo produtivo, para os quais parece não haver mais possibilidades de inserção, fazendo se sentir seres descartáveis (WANDERLEY, 1997).

A exclusão social pode se apresentar por implicar privação, falta de recursos ou de uma forma mais abrangente, ausência de cidadania, se, por esta, se entender a participação plena na sociedade, aos diferentes níveis em que esta se organiza e se exprime, ou seja no ambiental, cultural, econômico, político e social (MARTINS, 1997). Uma vez definida e caracterizada a exclusão social, a sua erradicação implica um duplo processo de interação positiva entre os indivíduos excluídos e a sociedade a que pertencem, passando por dois caminhos: o dos indivíduos que se tornam cidadãos plenos e o da sociedade que permite e acolhe a cidadania.

Conforme Castel (1997, p. 19) “a exclusão se dá efetivamente pelo estado de todos os que se encontram fora dos circuitos vivos das trocas sociais”, pois estas pessoas geralmente povoam a zona mais periférica, caracterizada pela perda do trabalho e pelo isolamento social. Dessa forma, as pessoas mais afastadas dos grandes centros não têm acesso a bons empregos, habitação e equilíbrio social. Para que todos estes fatores possam contribuir para uma vida mais digna para o ser humano, é necessário que haja uma integração entre todas as áreas sociais.

A integração (social) é o processo que viabiliza o acesso às oportunidades da sociedade, a quem dele estava excluído, permitindo o retorno da relação interativa entre uma célula (o indivíduo ou a família), que estava excluída, o organismo (a sociedade) a que ela pertence, trazendo-lhe algo de próprio, de específico e de diferente, que o enriquece e mantém

a sua individualidade e especificidade que a diferencia das outras células que compõem o organismo (DUARTE, 2003).

A integração social faz permitir que o indivíduo obtenha a ressocialização na sociedade, com direitos e deveres de cidadão. A integração é sempre uma oportunidade que vale para a sociedade, através do seu enriquecimento, pela diversidade, que associa duas lógicas, conforme apresenta Sawaia (2001):

- A do indivíduo que passa a ter acesso às oportunidades da sociedade, podendo escolher se utiliza ou não (em última análise, ninguém pode ser obrigado a sair da sua situação de exclusão social, apenas se podendo viabilizar e aumentar as possibilidades de escolha), onde este processo (se a opção for pela positiva) é chamado de inserção na sociedade;
- A da sociedade que se organiza para abrir as oportunidades para todos, reforçando-as e tornando-as eqüitativas, que é chamado de inclusão.

A exclusão e a inclusão são faces da mesma moeda, a inclusão mais do que a exclusão situa o problema, a inclusão é degradante e marginal por implicar a reinserção em patamar sempre inferior ao anteriormente ocupado, se apresentando num trabalho inferior e árduo.

Dessa maneira, Taveira e Almeida (2002, p. 36) apontam que a “exclusão social é um processo desencadeado pela ruptura no sistema produtivo que apresenta desdobramentos pelos quais outras dimensões são atingidas, como a simbólica e a social” que vem a impedir o exercício de cidadania do sujeito, onde o Estado é o principal órgão regulador dessas ações.

A exclusão social motiva diversas conseqüências na sociedade, devido as condições econômicas pelas quais muitas pessoas vivem, afetando as condições de vivência, fazendo com que muitos utilizem a rua para viver. Portanto, o morador de rua é fruto de uma exclusão social que se apresenta cada vez com mais intensidade nas grandes cidades, onde os órgãos do Estado não suprem a necessidade de atendimento do povo suburbano.

2.3 MORADOR DE RUA

Com uma sociedade cada vez mais capitalista e com diferenças sociais marcantes, presencia-se o aumento das pessoas que não possuem moradia. Diante deste contexto, surgem os moradores de rua que são pessoas excluídas da sociedade. Por moradores adultos de rua, entende-se aquelas pessoas que não moram em habitações, ou seja, os sem-teto, que

encontram-se na fase adulta de suas vidas e vivem nas ruas, geralmente, na condição de indigência sem perspectiva de vida.

Segundo Micheluzzi (2003) morador de rua, população de rua, ou povo de rua, são termos que traduzem uma designação de forma consensual na maneira de se reportar a um segmento da sociedade que determina o afastamento de um ser humano do convívio familiar, bem como o rompimento de diversos outros vínculos sociais, entre eles o emprego e moradia. Sendo que, para a presente pesquisa será adotado o termo, morador de rua, para um melhor entendimento.

O morador de rua é o conjunto daqueles que vivem permanentemente nas ruas ou que dependem de atividade constante que implique, pelo menos, pernoite semanal na rua. Tratam-se de homens e mulheres que, por não relacionarem mais/ou ainda com o trabalho, como trabalhadores formais, também não se relacionam com o dinheiro (enquanto remuneração pela venda contratual de sua força de trabalho). Geralmente não possuem existência legal (uma vez que não possuem documentos que os identifiquem como cidadãos) e não possuem local de moradia (entendendo simultaneamente como espaço de relações pessoais e sociais). São homens e mulheres que romperam seus vínculos com a família, vizinhos e amigos, com o bairro, a cidade ou o estado de origem, com os espaços institucionais e de lazer, antes ocupados e via de regra com os referenciais simbólicos que norteavam seus princípios morais e religiosos (ROSSI, 1989 *apud* LOVISI, 2005).

A definição das pessoas sem-teto, varia desde a condição daqueles indivíduos que vivem nas ruas/albergues até aqueles que vivem em habitações precárias ou moram de favor em domicílios de parentes/amigos. A conceituação desse grupo populacional e o seu número podem variar de acordo com os objetivos dos órgãos responsáveis pelo seu cuidado. Enquanto grupos de voluntários que trabalham com essa população tendem a usar uma conceituação mais ampla dos sem-teto, agências governamentais inclinam-se a empregar uma definição mais restritiva, resultando em um número muito menor dessa população (ROSSI, 1989 *apud* LOVISI, 2005).

De acordo com Yaskek (1993, p. 18 *apud* GABIATTI, 2003, p. 25)

Falar de população de rua no Brasil, em pleno fim de milênio, é falar, também, de atraso histórico, descaso, ineficiência, e mesmo, de ausência de políticas públicas e de direitos de setores empobrecidos e oprimidos da sociedade brasileira. Com a crise do Estado, sua parcela de responsabilidade vem sendo reduzida, fazendo com que parte da questão social passe a ser enfrentada pela sociedade civil, por meio das organizações não governamentais, fundações, entre outras.

O aumento considerável da população que vive nas ruas das cidades é fenômeno social relevante nas últimas décadas, gerado por sociedades que não permitem o acesso com igualdade e justiça, aos bens nelas produzidos. Diferindo dos antigos mendigos, os atuais moradores de rua são os filhos bastardos da urbanização desenfreada e da ordem econômica excludente. Menos qualificados ou vítimas de situações desfavoráveis, eles seguem trajetórias de vida marcadas por privações, abandonos e perdas, que culminam com o rompimento dos padrões habituais de vida social.

Entretanto, conforme Prates, Reis e Abreu (2000, p. 135),

A existência de mendigos ou moradores de rua não é um fenômeno característico dos tempos contemporâneos, pois existe desde a antiguidade, e apesar de adquirir características próprias do momento atual, guarda a marca das profundas desigualdades e da exclusão social e constitui um fenômeno tipicamente urbano.

Com todas as desigualdades existentes, este não é um fenômeno próprio de países do Terceiro mundo, mas sim uma preocupação que vem se acentuando também nos países desenvolvidos.

O direito à moradia é reconhecido como um direito humano e protegido, entre outros, pelo Pacto Internacional de Direitos Sociais, Econômicos e Culturais de 1966, ratificado pelo Estado brasileiro no dia 24 de janeiro de 1992. O artigo 11 do Pacto Internacional de Direitos Sociais, Econômicos e Culturais sublinha que os Estados-partes devem reconhecer o direito de toda pessoa a um nível de vida adequado para si, inclusive à alimentação e vestuário. O *General Comment 4* do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas enfatiza especialmente os problemas de moradores de rua como uma transgressão do direito à moradia adequada.

As pessoas que vivem nas ruas passaram pelo desemprego, pela migração na busca de sobrevivência, pelo rompimento de vínculos familiares e afetivos numa sequência de perdas desta referência que acaba inviabilizando sua reintegração à sociedade. A rua leva ao esquecimento da identidade, ao anonimato, à solidão e à dependência química. Perambulando sem rumo pelos espaços públicos, sobrevivendo das sobras da sociedade e confundidas às vezes com assaltantes estas pessoas, em número cada vez maior, são cidadãos esquecidos que a cidade tem dificuldade de olhar (MARTINS, 1997). Para que essa situação seja pormenorizada é necessário que sejam criados projetos de Assistência para que estas pessoas sejam reintegradas à sociedade, capacitadas e com perspectivas de uma participação e crescimento na sociedade.

Com o crescimento das pessoas que se encontram alojados em locais precários temos dois tipos de elementos a considerar na distinção entre estar na rua e ser da rua. O estar na rua pode ter dois sentidos: o de se constituir num abrigo para aqueles que, sem recursos, dormem ocasionalmente nos diferentes locais usualmente utilizados para este fim ou pode constituir-se num modo de vida permanente para aqueles que já têm na rua o seu *habitat*. Sendo que nos dois sentidos, a rua é utilizada como abrigo para moradia, o que diferencia o circunstancial do permanente é o grau de maior ou menor inserção no mundo da rua. O que pode-se constatar é que o grupo populacional denominado de “morador de rua”, é na verdade formado por diversos segmentos com características heterogêneas, dependendo do tempo de permanência na rua e do convívio que cada sujeito possui com esta realidade (MICHELUZZI, 2003).

Os moradores de rua na maioria das grandes cidades, são recolhidos e encaminhados para os locais que possuem tratamento, tendo em vista que em sua totalidade eles são dependentes de álcool e outras drogas, como a cocaína. Neste local, os moradores de rua recebem todo tipo de tratamento, podem se alimentar e ter um local para dormir. Enfim, podem ter um cotidiano digno e, posteriormente, estarem aptos ao convívio social.

Os moradores de rua podem ser representados, segundo Taveira e Almeida (2002) da seguinte forma:

- a) **Os recém-deslocados:** quando os indivíduos vão para as ruas pela primeira vez, estão compreensivelmente amedrontados pelo mundo novo, estranho e violento em que penetraram. Tem medo da companhia rude na qual se descobrem e não sabem em quem confiar e como sobreviverão. Conseqüentemente, os recém deslocados tendem a utilizar às instituições curadoras locais, tais como albergues e casas de convivência que fornecem alimentação e abrigo;
- b) **Vacilantes:** se os esforços que uma pessoa recém-deslocada faz para sair das ruas são continuamente mal-sucedidos, ela freqüentemente muda a auto-orientação e o comportamento. O medo que uma pessoa tem do ambiente dos moradores de rua tende a diminuir à medida que este ambiente se torna familiar. A pessoa moradora de rua, trava novas amizades e se torna mais versada em como conseguir comida, abrigo e companhia. Portanto, os vacilantes estão num momento de virada crítico de suas vidas, com um pé no mundo domiciliado do passado, com o qual ainda se identifica e em relação ao qual sentem alguma continuidade e um pé plantado na vida da rua;
- c) **Outsider:** os moradores de rua recém-deslocados à medida que se acostumam com a vida nas ruas podem, por sua vez, se deixar levar mais para a vida de rua, tanto na sua orientação psicológica, quanto sua rotina cotidiana mais concentrada na

sobrevivência nas ruas do que sair delas. Estes indivíduos moradores de rua se tornaram *outsider*, no que se refere à condição de estar permanentemente e por imputação colocado fora das disposições estruturais de um dado sistema social, ou de estar situado ou temporariamente excluído, ou voluntariamente se excluir do comportamento de membros que têm *status* e função dentro daquele sistema.

Os *outsiders* podem ser divididos em três subtipos: os andarilhos, os mendigos e os doentes mentais, como apresentam Taveira e Almeida (2002):

- **Andarilhos:** o andarilho é um trabalhador migrante, são altamente migratórios com um raio de ação muito maior que os outros moradores de rua. Os andarilhos parecem ter se resignado à vida nas ruas. Sua aceitação da vida de rua freqüentemente se reflete numa tendência a se desfazer de seus nomes de batismo em favor de nomes de rua;
- **Mendigos:** significa tradicionalmente um não-trabalhador não-migrante, cujo raio de ação está, em geral, limitado a uma zona marginal e que é um alcoólatra crônico. Raramente se envolvem em trabalho remunerado. Sobrevivem graças a uma combinação de mendicância, comércio, catação de lixo, doações de instituições de caridade e apoio de serviço social;
- **Doentes Mentais:** estão entre os mais imóveis, raramente se movimentando, voluntariamente além de sua órbita cotidiana. Dentro desse circuito, eles sobrevivem principalmente aceitando doações, catando comida no lixo e mendigando.

De acordo com Taveira e Almeida (2002) a condição de morador de rua é mais comum entre os homens do que entre as mulheres. Isto é particularmente verdadeiro se for considerado apenas os indivíduos solteiros. Mas esse não é o caso se considerarmos as famílias moradoras de rua, as quais são constituídas, sobretudo, de mulheres com seus filhos. A média de idade das mulheres, em geral, é menor do que a dos homens, pois elas têm uma probabilidade maior de estarem empregadas, estudando, mantendo contatos com a família, de serem casadas e de terem filhos.

A maioria dos moradores de rua, são pessoas com algum problema familiar como separação ou desemprego, fazendo com que estas se sintam obrigadas a procurar algum local para se abrigar. Devido ao uso de drogas, estas pessoas vivem em depressão e não conseguem viver dentro de um contexto familiar, já que as pessoas não aceitam a droga dentro de casa e, também não tem estrutura para oferecer assistência a aquela pessoa que se encontra viciada, fazendo com que estas procurem outras pessoas viciadas na rua para sua companhia.

É importante, também, não confundir morador de rua com mendigo, pois este está relacionado com a atividade de pedir esmolas nas ruas. Além de ser um termo pejorativo, há mendigos que têm teto, não dormem pelas ruas e nem em albergues. A relação entre trabalho e mendicância é muito fluída, nesse tipo de população, impossibilitando que se estabeleçam fronteiras nítidas, pois o morador de rua pode, ao mesmo tempo, trabalhar informalmente e pedir esmolas, o que não é raro nesse tipo de população. (TAVEIRA; ALMEIDA, 2002).

A maioria da população de rua é atingida por graves problemas de sobrevivência, marginalidade, violências, em geral e, enfim, por várias doenças físicas e mentais graves sem assistência da saúde pública. A população de rua, freqüentemente, muda o seu *status* habitacional ao longo de vários anos. Isso é fundamental no entendimento do processo que leva os indivíduos a se tornarem sem-teto.

No entanto, deve-se destacar um contingente de indivíduos que vivem na rua, mas tem casa e local para ficar, diferente dos que vivem no local por falta de opção. Os moradores que vivem o dia inteiro na rua e ganham seu sustento e a noite voltam para casa, tem um outro perfil dos que moram na rua. Os chamados moradores que vivem na rua, procuram o local para ganhar dinheiro e ter acesso a drogas, onde muitas vezes entram no mundo do crime para sustentar o vício, já que a família não os mantém com recursos financeiros.

Portanto, diante da atual situação percebe-se que a população adulta de rua vive, literalmente, em condição de exclusão social, deixando de ser reconhecida como sujeito de direitos. Dessa forma, faz-se necessário entender as causas que levaram os moradores de rua à condição de exclusão, pois na maioria, evidenciam-se o desemprego, a globalização, a minimização do Estado e outras questões que afetam diretamente o indivíduo marginalizado diante de uma sociedade cada vez mais capitalista e consumista.

2.3.1 Política de Assistência Social e o Morador de Rua

O Assistente Social vem participando das ações sociais em todas as esferas públicas e privadas. A política de assistência social vem desempenhando a função de concretizar direitos sociais, sendo, portanto, imprescindível à participação do Estado na regulação, financiamento, provisão de bens e serviços.

A Lei Orçamentária Anual – LOA contém a discriminação da receita e despesa, de forma a evidenciar a política econômico-financeira e o programa de governo, obedecidos aos princípios de unidade, universalidade e anualidade. A LOAS é de responsabilidade do Estado

na condução da política de assistência social, em cada esfera de governo, pois ao Estado compete a função de garantir os direitos, cabendo ao Ministério Público zelar pelo efetivo respeito aos direitos estabelecidos nessa lei (inciso VI, do art. 31) (SAÚDE, 2005).

A assistência social do Governo tem como prioridade o aprofundamento do processo político-administrativo da assistência social no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, respeitando as diversidades e potencialidades de cada Unidade da Federação e atuando sobre os fenômenos da pobreza e da exclusão com políticas, ações específicas e intersetoriais (BRASIL, 1993).

No entanto, a política de assistência social, é uma política não contributiva, não contratual, distributiva e desmercadorizável. Ao seu beneficiário não se requisitam contribuições prévias, como o contrato no mercado formal de trabalho, ou outro tipo de renda. Trata-se de uma política que rege uma linha distributiva, portanto, de inclusão de pessoas ou situações que são regulamentadas e dirigidas pelo poder público.

Diante da situação do morador de rua, diversas instituições e projetos são dirigidos pela Assistência Social, tanto em âmbito Federal, Estadual e Municipal. Assim a política de assistência social possui uma característica que a distingue das outras, ela é genérica na atenção e específica nos destinatários. Mesmo não sendo universal, rege-se pelo princípio da universalidade ao incorporar segmentos sociais excluídos, que constituem os seus destinatários específicos, no alcance das demais políticas públicas.

Entretanto, a maioria dos projetos desenvolvidos na área social depende de financiamento público, que são deixados de lado, acabam não atingido o seu propósito e os resultados que deveriam, por não possuir subsídios financeiros para a realização das atividades necessários para as áreas sociais. O Assistente Social desempenha um importante papel como mediador entre o Estado e as classes marginalizadas, pois suas ações são valorizadas pela sociedade e pelas pessoas que dependem desses serviços para poder sobreviver e continuar na luta por uma sociedade mais justa e igualitária (BRASIL, 1993).

A LOAS tem como função atender as necessidades sociais da população criando políticas em benefício dos cidadãos para uma qualidade de vida das pessoas em todas as camadas sociais.

Embora no artigo 20, a lei diz que a assistência social tem por objetivo a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice, faz-se necessário repensar, na LOAS, a questão do morador de rua, pois também necessita ser implantada, devido este ser um problema social.

Para que o morador de rua, o apoio da Serviço Social é extremamente importante para que este não retorne ao mundo das drogas e do crime, pois a dependência química é uma doença, que quando não bem curada ela volta a se manifestar no ex-dependente.

2.4 DEPENDÊNCIA QUÍMICA

À medida que as sociedades evoluem, fica evidente que não há problema social tão complexo, dependente de definições e explicações, quanto a desvios de conduta relacionados como as drogas. No Brasil, há pouco mais de cem anos, tomar café era um hábito condenável, pois este devido a componentes de alteração dos instintos do ser humano, não era permitido (SCURO, 2004).

De acordo com Ramos (1990 *apud* SANTOS, 2006, p. 1) a Organização Mundial da Saúde define:

[...] dependência como um estado psíquico e também geralmente físico, resultante da ingestão de drogas, caracterizados por reações de comportamento e outros que sempre incluem uma compulsão por ingerir a substância de modo contínuo ou periódico, a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e por vezes evitar o desconforto de sua falta.

Todavia, pode-se perceber é que o dependente tem uma dificuldade incomum de identificar os próprios sentimentos, os quais são "projetados" no mundo exterior. Diante disso, pode-se melhor compreender como é impossível para um dependente químico lidar com todas essas teorias que a sociedade ensina sobre a dependência, porque ele só consegue ver a própria realidade e os próprios sentimentos em outras pessoas.

A dependência é um assunto de grande importância e, que vem crescendo muito nos últimos anos. Até meados do século XX, os alcoólatras e outros pacientes recebiam quase que exclusivamente atendimento de médicos e enfermeiros para o tratamento de manifestações agudas de seu mal. Hoje, estes já são beneficiados com as ações de uma equipe de Assistentes Sociais, Psicólogos, agentes de saúde, terapeutas e outros profissionais da área da saúde que passam a desempenhar funções primordiais nos programas de prevenção e recuperação de dependentes químicos. O dependente químico é percebido como um ser que sofre em várias dimensões (física, psíquica, espiritual e social etc.), onde algumas vezes é vítima e responsável pela doença que o atinge, que vem causando tantos males a família e a sociedade (SOARES, 1994).

Segundo Alarcón, Freixa e Soler (1981 *apud* ANTÓN, 2000, p. 23)

A dependência não é simplesmente o resultado de efeitos imediatos ou agudos da substância e o comportamento que conduz a experimentar repetidamente esses efeitos. É uma situação completa, na qual a estrutura social em que o indivíduo está imerso, as relações grupais e a exposição do produto por interesses econômicos formam um feixe que expressa as dificuldades de comportamento do toxicômano.

A dependência é cada vez menos percebida como um problema moral, pois encontra-se subordinada ao plano físico-psíquico. De acordo com Soares (1994, p. 22),

A dependência do álcool e das drogas constitui-se uma doença, mais que uma falha de caráter. Esta doença específica, com evolução própria muitas vezes fatal, além de alterações físicas evidencia sintomas também ao nível das relações familiares, do trabalho e das relações sociais.

A dependência química, particularmente o alcoolismo, é uma doença que deve ser tratada antes ou paralelamente aos problemas físicos, emocionais e mentais. Cuidada nas fases iniciais, através da aplicação de um processo de educação e conscientização, é perfeitamente controlada e conduzirá o dependente a uma recuperação satisfatória. No entanto, o viciado de outrora, hoje subsumido pela figura do dependente químico, distingue-se igualmente, através de uma inversão de ênfases: se antes, o alcoolismo era principalmente causador de desordem social e familiar, a sociedade e a família destacam-se hoje por seu papel de favorecedores da dependência, pois a família está presente de tal forma que acaba por adoecer junto com o dependente, devido às consequências que isto representa num lar (BARROS, 1994).

As principais causas da dependência química, conforme Soares (1994), são:

- Culturais, sociais e econômicas: 35,2%;
- Multideterminação (Bio/Psico/social): 17,2%;
- Problemas familiares: 17,2%;
- Desinformação, curiosidade, pressão do grupo: 13,6%;
- Outros: 8,6%;
- Pré-disposição genética: 4,3%;
- Vazio espiritual e afastamento de Deus: 3,5%.

As razões que levam alguém a se tornar dependente químico ou usuário-problema são bastante complexa e impossível de ser generalizado, entretanto as principais causas são o consumo de drogas pelos pais que influenciam o consumo de drogas pelos filhos, a necessidade de trabalhar e a desestruturação familiar influenciam o uso entre jovens e

adolescentes. Entre os adultos, as causas são jornadas de trabalho, a execução da tarefa muito estressante e os isolamentos sociais, que são fatores que influenciam para o seu uso.

Além da dependência, estas pessoas geralmente se encontram envolvidas com outras dependências, como a droga, devido à situação social e econômica na qual se sujeitam a viver.

2.4.1 Drogas

O uso de drogas está presente em todos os povos desde a Antiguidade. Entretanto, sua expansão aconteceu a partir do século XX, sendo que antes desta data as drogas eram usadas para efeitos medicinais (pomadas, ungüentos, anestésicos) e para místicos (SANTOS, 1997).

De acordo com Kramer e Cameron (1975 *apud* ANTON, 2000, p. 22) a Organização Mundial da Saúde define fármaco ou droga como “toda substância que, introduzida no organismo vivo, pode modificar uma ou mais de suas funções”.

Para Cavalcante (2000, p. 19), “droga é toda e qualquer substância que introduzida no organismo, determina alterações no funcionamento psíquico, modificando uma ou mais de duas funções”.

O uso de uma droga inicia-se por determinantes socioculturais ligados à disponibilidade da substância, a imagem que o usuário tem no seu círculo social, dentre outros fatores. No entanto, em torno de 10% dos usuários desenvolverão dependência de alguma substância. O consumo de drogas vem aumentando de forma muito rápida, sendo que de 1987 a 1997, o uso de maconha passou de 2,8% para 7,6%, o de cocaína subiu de 0,5% para 2% e os de anfetaminas de 2,8% para 4,4% (SANTOS, 1997).

A droga antes era utilizada como uma oportunidade de experimentar, novas sensações de percepções, um mundo colorido em contraste com o sistema vigente com uma vida cheio de problemas e trabalho árduo. A droga aparece como amortecedor do homem diante do mundo, pois estas são incentivadas por razões sociais, econômicas e políticas.

De acordo com Bucher (1996, p. 46),

O fenômeno moderno das drogas é um fenômeno situado no centro da sociedade, produzido por ela em decorrência dos seus desequilibrados e injustos de se organizar, se comunicar e se valorizar, e não um problema periférico, localizado apenas nos subúrbios ou entre os desviantes da ordem pública.

O uso indevido de drogas é fruto de uma multiplicidade de fatores de risco e de proteção. Segundo Longenecker (2002) os fatores podem ser:

- Fatores de risco: são aquelas circunstâncias sociais ou características das pessoas que a tornam mais vulnerável a assumir comportamentos arriscados, como usar drogas;
- Fatores de proteção: são aqueles que contrabalançam as vulnerabilidades, tornando a pessoa com menos chances de assumir esses comportamentos.

A dependência química pode se apresentar nas mais diversas substâncias, onde pode-se destacar as mais usadas (ESCOLA..., 2004), como:

a) Álcool: o álcool talvez seja o mais traiçoeiro dos vícios, pois é socialmente bem tolerado, sendo que é muito difícil perceber a dependência que ele cria. O álcool, como a cocaína, é uma droga psicotrópica que causa sensações de bem-estar, porque estimula a liberação no sistema nervoso da dopamina, um neurotransmissor responsável pela sensação de prazer momentâneo. O álcool causa dependência física e emocional, é considerado também uma doença hereditária, pois algumas pessoas nascem com predisposição para desenvolvê-la. Do álcool ocorrem perdas físicas, emocionais e até materiais para o doente e todas as pessoas que convivem com ele;

b) A maconha: a maconha é obtida da planta cientificamente conhecida como *Cannabis Sativa*, é uma mistura formada pelas flores, folhas, sementes e gravetinhos da planta. Esta droga produz sensações que iludem o viciado, a memória fica prejudicada, as percepções sensoriais ficam alteradas ou intensificadas, a concentração é prejudicada, há sensação de fome, a frequência cardíaca aumenta, entre outros;

c) Cocaína: é uma das drogas mais consumidas no mundo moderno, que é o principal alcalóide da coca. A cocaína apresenta-se na forma de um pó branco, cristalino que os viciados aspiram como rapé. A longo prazo a cocaína produz corrosão da mucosa nasal, com formação de carne esponjosa;

d) O Ecstasy: é uma droga sintética fabricada em laboratório, originalmente como inibidor de apetite e em sessões de psicoterapia. Esta droga age diretamente nos neurônios que contém serotonina, liberando os neurotransmissores responsáveis pelas mensagens químicas que permitem que as diferentes partes do corpo se comuniquem.

Mesmo que consumida em pequenas quantidades, acelera o ritmo cardíaco, eleva a pressão arterial e a temperatura do corpo;

e) **O crack:** o crack é uma cocaína diluída e mais barata. Este tipo é mais consumido por jovens e crianças.

Toda e qualquer tipo de droga torna o sujeito a se tornar um viciado, pois esta tem presente em sua composição substâncias que agem no organismo humano, deixando uma sensação de ausência, fazendo com que não se consiga mais viver sem a droga.

As drogas não desempenham mais papéis integradores, respondendo nos dias de hoje a uma intensa crise social/econômica, de uma sociedade pragmática, competitiva, consumista e individualista. Portanto, desmistificar a droga, na realidade, não significa minimizá-la, mas tornar possível uma abordagem preventiva, baseada na verdade, no confronto com dificuldades internas e na busca da verdadeira ecologia humana e saúde afetiva.

Diante de problemas que cada vez mais se presencia no cotidiano, os serviços sociais oferecidos às comunidades se tornam cada vez mais necessários para atender a demanda e assim intervir entre o dependente, a família e instituições, para que esta pessoa possa retornar a sociedade com autonomia, plena de direitos e deveres.

2.4.2 As Políticas Públicas no tratamento da Dependência Química

Política pode ser definida como a arte ou a razão para dividir e alocar recursos. A política de saúde pública requer uma definição clara e distinta dos problemas a resolver e seus respectivos custos-benefício. Esta definição deveria preceder a distribuição dos recursos para a saúde, principalmente a saúde pública. A oferta objetiva deve ser representada por medidas preventivas e curativas de uma série de doenças ou condições propícias ao seu desenvolvimento (KEINERT, 2000 *apud* LOVISI, 2005).

As políticas públicas são aquelas voltadas para a concretização da ordem social, que visam à realização dos objetivos da República, a partir da existência de leis decorrentes dos ditames constitucionais. De acordo com Garcia (1996, *apud* FRISCHEISEN, 2000, p. 78) podem-se definir políticas públicas como “diretrizes, princípios e metas coletivas conscientes que direcionam a atividade do Estado, objetivando o interesse público”.

Os direitos sociais de toda pessoa devem ser oferecidos pelas políticas públicas do Estado. Sendo que o artigo 6º da Constituição Federal estabelece que: “são direitos sociais a

educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (FRISCHEISEN, 2000, p. 81). As políticas públicas da ordem social traçada na Constituição Federal já possuem mecanismos legais para sua aplicabilidade. Mas para que estas sejam realmente validadas e implantadas é preciso reestruturar o sistema da Administração Pública, fazendo com que as pessoas que gerenciam e atuam diretamente nesta área tenham a responsabilidade como cidadão e como profissional perante o país.

O Brasil vem desempenhando diversas ações para controlar o tráfico e o uso de drogas. Em 1976 foi criado o Sistema Nacional Antidrogas – SISNAD, que tinha como objetivo organizar, articular e integrar as atividades do setor público para prevenir o uso indevido de drogas, reduzir os danos correntes, tratar e reinserir os usuários e dependentes de drogas e reprimir a sua produção não autorizada e o seu tráfico ilícito. O SISNAD é coordenado pelo Conselho Nacional Antidrogas – CONAD que distribui as atividades aos programas junto às secretarias estaduais e municipais do país.

Os problemas relacionados ao uso de drogas são abordados desde a Antigüidade, sendo que os tratamentos para o dependente surgem a partir do século XIX, que eram somente para os casos crônicos e graves. O uso de drogas é uma questão que envolve vários setores da sociedade, que abrange aspectos jurídicos, policiais, médicos, educacionais, ocupacionais e familiares, dentre outros.

O tratamento para a dependência de álcool e drogas decorre de sua origem multidimensional, ou seja, do balanço entre os aspectos individuais, biológicos, psicológicos e sociais, que produz demandas pessoais e coletivas diferentes e, conseqüentemente, encaminhamentos e abordagem distintos e peculiares (MARQUES *et al*, 2004).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a pessoa torna-se dependente a partir do momento em que apresenta, “um conjunto de fenômenos fisiológicos comportamentais e cognitivos em que o uso abusivo de uma substância alcança prioridade muito maior para o indivíduo que outros comportamentos na qual antes se tinha mais valor”. (KOWALSKY, 1997 *apud* NÓBREGA, 2006, p. 1).

A dependência de drogas atinge todas as classes sociais, desde a mais pobre que vende para sustentar o vício, até o mais rico que tem condições para manter o vício. A condição financeira, escolaridade, tradição, regimes políticos e até mesmo a religião são fatores que não tem conseguido minimizar as vítimas e famílias dessa doença causada pelo uso abusivo das drogas. No entanto, muitos órgãos trabalham em conjunto com as famílias para criar bases de sustentação para os viciados se tratarem e assim poder viver em sociedade.

A dependência causa inúmeras conseqüências para o viciado, mas muitos ainda não consideram a dependência como uma doença incurável e progressiva. É um problema de saúde pública que cada vez mais se faz presente em nosso meio e merece atenção por parte dos gestores públicos para criar ações e instituições de ajuda e tratamento para que o viciado possa se tratar e voltar a viver uma vida normal longe das drogas. Mas para que isso possa acontecer é preciso que o próprio viciado assuma a doença e esteja apto a fazer todos os esforços e exigências do tratamento, caso contrário nada disso tem sentido. Muitos viciados dizem que fazem uso da droga quando querem, mas quando se dão conta já estão na dependência física e mental. É a partir desse momento que o dependente considera a droga como o único objetivo da sua vida, não conseguindo mais desistir e assumir seus atos.

No Brasil, os tratamentos foram instituídos a partir de 1980, antes eram restritos a internações que passaram a utilizar as psicoterapias mais breves. O tratamento do dependente é direcionado conforme o diagnóstico e possibilidade de encaminhamento para locais que disponibilizem os recursos necessários para cada paciente. De acordo com Marques *et al* (2004, p. 114) os modelos de tratamento de dependência podem ser:

Modelo	Filosofia	Etiologia	Tratamento
Psicoanalítico	Sintoma de um distúrbio intra-psíquico	Conflito psicológico, provocando fixação no estágio primário de evolução	Psicanálise por tempo indeterminado
Moral-doença	Comportamento desviante das normas moral	Ruptura da estrutura social, predisposição biológica	Abstinência por meio de ajuda mútua – AA, recuperação da estrutura social
Médico	Doença incurável	Influência fisiológica ou psicológica	Abstinência acompanhada de tratamento farmacológico
Comportamental	Aprendizado social	Habituação e condicionamento	Desabituação por meio de novo aprendizado
Cognitivo	Pensamento disfuncional	Expectativas em relações aos efeitos, pensamentos automáticos	Reestruturação cognitiva
Comportamental cognitivo	Comportamento e pensamento disfuncionais	Fatores ambientais e situacionais reforçados	Reestruturação comportamental e cognitiva
Sistêmico	Distúrbio nas relações familiares	Relações familiares disfuncionais	Reestruturação das relações familiares

Ilustração 1 - Modelos de tratamento e dependência
Fonte: Marques *et al* (2004, p. 114)

No entanto, o problema com as drogas vem atingindo um contingente tão grande que não é mais uma questão para aqueles que estão ligados à família, mas passou a ser um dever

do Estado intervir nessa realidade e criar políticas e campanhas de prevenção, investindo e qualificando profissionais capacitados que levam informações para as mais diversas camadas da população. A Assistência Social desempenha um papel fundamental no processo da dependência, pois intervém como agente de aproximação entre o problema e à solução. É preciso criar políticas públicas de saúde para que as pessoas com algum tipo de dependência química possam ser retirados da rua e serem entregues às instituições que trabalham com Assistência a Dependentes, para que sejam realizados os tratamentos necessários e assim este indivíduo possa ser reintegrado a sociedade e poder desempenhar suas funções, ter direito a emprego, moradia e voltar ao convívio familiar.

A prevenção e a recuperação de dependentes químicos não pode ser relegada a uma única célula social. Deve ser fruto de um trabalho integrado entre os órgãos públicos, a sociedade e a família. Além disso, a conscientização e vontade de mudar do próprio paciente são fundamentais para que o processo aconteça de forma proveitosa e que o viciado seja curado retornando à sociedade com dignidade.

A falta de políticas públicas que atendam a população, faz com que muitas pessoas devido à exclusão social, a falta de emprego, moradia e educação, se entregam ao mundo da dependência química e das drogas e com isso busquem o serviço social para atendimento de suas necessidades.

2.5 O SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social é um processo que contribui para o bem-estar social. Seu surgimento está ligado ao atendimento das necessidades sociais resultantes das características desiguais inerentes ao desenvolvimento capitalista. Para Iamamoto e Carvalho (1986) a expansão dos serviços sociais no século XX está estreitamente relacionada ao desenvolvimento da noção de cidadania, para as pessoas conhecer seus direitos em relação à administração pública.

O Serviço Social brasileiro nasce sob a égide do movimento católico e corporativista, para a edificação moral do proletariado, sendo que o serviço social mantinha-se centrado na moral, no esforço individual e no bom relacionamento com a população (FALEIROS, 1993).

De acordo com Faleiros (2000, p. 92) “o trabalho social possui um ciclo operacional e não se contenta em ser somente descritivo, mas também prescritivo, ou seja, com previsão, controle e avaliação de resultados”. Por isso a necessidade do profissional acompanhar o processo como um todo, para a partir dos problemas levantados propor soluções.

Iamamoto (1998, p. 47) enfatiza que o resultado do trabalho social não pode ser mensurado quantitativamente, pois não é material, no sentido convencional do termo, mas sim possui uma objetividade social. O efeito de seu trabalho incide na vida dos indivíduos, interferindo no “campo do conhecimento, dos valores, dos comportamentos e da cultura”.

O Serviço Social possui um corpo de processos próprios, conhecimentos e metodologias de intervenção na realidade que associam e articulam abordagens a partir da ótica de contextos econômicos, sociais e políticos. Portanto, no agir profissional, o Assistente Social utiliza-se de bases teórico-metodológicas e ético-políticas para executar seu trabalho e, apresenta um conjunto de técnicas, habilidades e conhecimentos que são meios de investigar a realidade e imprimir rumos a sua ação. A longa data, o profissional do Serviço Social é contratado por organizações, tanto pelo Estado, pelas organizações da sociedade civil, quanto pelas empresas, para atuar na área social, gerenciando ou executando projetos sociais, tendo como desafio construir alternativas e possibilidades de enfrentamento da questão social (IAMAMOTO, 1998).

Para regulamentar os Art. 203 e 204 da Constituição Federal do Brasil de 1988, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, foi estabelecida a LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social, criada pela Lei 8.742 de 07 de dezembro de 1993. Sendo que esta não apenas introduziu um novo significado para Assistência Social, mas, sobretudo, diferenciando-a do assistencialismo, situando-a como política de direitos e deveres, voltada à cidadania dos setores mais vulneráveis ou em situação de risco social da população brasileira (FALEIROS, 2000).

Segundo Yazbeck (2005) a LOAS, direciona o Estado à universalização e à garantia dos direitos e acessos a serviços sociais qualificados, do mesmo modo que propõe a descentralização e participação da Assistência Social no país, sob os princípios de democracia e cidadania.

A Assistência Social era apenas um serviço agregado a órgãos criados sem uma regulamentação, tornando a prestação de serviços, uma condição de satisfação até inoperante. Essas assistências ganharam maior força e melhor organização com o advento da Constituição Federal (1988) que expõe a problemática, atacando-a e dando-lhe o devido destaque e posteriormente, com a LOAS (1993), situando a assistência social como política social.

Segundo a LOAS (1993 *apud* SILVA; OLIVEIRA; MAGALHÃES, 1999, p. 76) “a Assistência Social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e a universalização dos direitos sociais”. Desta forma, é

obrigação do Estado manter a socialização da população, mas devido estas ações não suprirem as necessidades da população, muitas empresas privadas e ONGs tem iniciativas nesta área.

A partir do seu compromisso de defender os direitos humanos, o profissional do Serviço Social busca ampliar e consolidar a cidadania com vista à eliminação de todas as formas de exclusão e preconceito. Assim, faz parte do estatuto das competências do Assistente Social participar da elaboração, implementação, execução, gerenciamento e avaliação de políticas e programas sociais, assim como de pesquisas, estudos sócio-econômicos, atendimentos sociais, entre outros, contribuindo para a criação de novas formas de sociabilidade.

Conforme Faleiros (2000) numa sociedade complexa é preciso determinar quais os interesses em jogo em relação ao problema específico e assim as funções profissionais podem ser teoricamente esclarecidas. O serviço social considera o indivíduo como “um caso” que se estuda, buscando-se uma solução ao problema imediato, mas se considerando os recursos que são oferecidos pelo sistema.

O Assistente Social é tido como o profissional que articula a participação impulsionando formas democráticas de gestão e socializando informações, de modo a buscar canais que possibilitem a consolidação da cidadania (IAMAMOTO, 1998). Acompanhando o movimento da história e situando-se na dinâmica das relações entre Estado, sociedade civil e mercado, no cenário atual, o profissional do Serviço Social tem o desafio de re-descobrir novas possibilidades ao trabalho profissional, respondendo às demandas que se colocam, não apenas coerente teoricamente, mas também com eficiência interventiva.

A intervenção do Assistente Social é de grande importância para o direcionamento dos processos a serem trabalhados, tendo em vista que a prática é desenvolvida por uma equipe interprofissional, onde os pontos são analisados em vários ângulos que prevalece uma visão conjunta de opiniões para a inclusão do parecer social.

O profissional precisa estar atento às oportunidades de “compreender os nexos da sua intervenção, bem como de evidenciar os limites e as possibilidades embutidas na sua ação cotidiana, passível de dar novos contornos a sua ação profissional”. (SUGUIHIRO, 1999, p. 29), de forma qualificada e atendendo às demandas e necessidades sociais.

De acordo com Falcão (1978) as formas de intervenção devem corresponder ao nível e grau de importância encontradas no próprio contexto social. A intervenção junto à unidade de natureza social nos conduz necessariamente a trabalhar as unidades processuais ou organizacionais operantes na vida social, que são: estrutura, sistemas, subsistemas que se

situam mais a nível político. Dessa maneira, o Serviço Social opera sua intervenção através das unidades que podem ser de natureza psicossocial, social e política.

No entanto, o enfoque a ser dado numa intervenção está pautada na interpretação que o profissional faz sobre a realidade e os objetivos de ajuste ou transformação da realidade que o mesmo tenciona favorecer. Assim, o foco da intervenção do Serviço Social está nas relações e não nas unidades em si. São as relações que precisam ser alteradas, modificadas, reforçadas ou criadas.

Além disto, como parte das qualificações do Assistente Social está os aspectos éticos. Tendo clareza dos limites e possibilidades da responsabilidade para a construção de uma ordem social, econômica e política melhor e mais justa, a qualificação ética está vinculada “ao projeto que se considera eticamente justo, posição esta que incide no encaminhamento das ações planejadas”. (NOGUEIRA, 2002, p. 21).

Lidando corretamente com as pessoas, poder-se-á alcançar uma unidade dentro da sociedade, garantindo uma compreensão geral e unificada. Para isto, o Assistente Social deve atuar como um facilitador, oferecendo informações, propondo soluções e estratégias. A utilização de mecanismos como reuniões, visitas, pesquisas, treinamentos, entrevistas, organização e formação de grupos de trabalho, técnicas de trabalho grupal, são formas de estimular a participação da comunidade.

Segundo Falcão (1978, p. 24) “o serviço social só se constitui em agente de inclusão ou integração social quando sua ação se volta, igualmente para o desenvolvimento pleno da dimensão pessoa-cidadão no mundo”.

O Assistente Social tem sua prática específica, qual seja, a de oferecer subsídios ao estudo de caso como um todo, dentre as diversas atribuições que lhe são conferidas mediante pareceres sociais escritos ou verbalmente, assim como desenvolver trabalhos de aconselhamento, orientação, encaminhamentos, e outros, tudo sob a imediata subordinação à autoridade, porém sendo assegurada a livre manifestação do ponto de vista técnico-social.

Para Martinelli (1998, p. 136),

A profissão do Serviço Social, ao contrário de estar em via de extinção, é mais do que nunca necessária, sobretudo na perspectiva da interdisciplinaridade, pois essa prática que realizamos, a prática do Serviço Social, é fundamental na construção de nexos de articulação entre as diferentes práticas sociais.

Entretanto, trabalhar com a questão do morador de rua dependente, requer do profissional de Serviço Social, em qualquer instância de atuação, uma intervenção educadora

e, conseqüentemente, de caráter preventiva, que não reproduza os conteúdos derivados da dicotomia entre as drogas legais e ilegais. Sendo que, este tipo de intervenção necessita do profissional uma reflexão em torno das questões relacionadas ao uso abusivo de drogas, visando assim uma melhoria na qualidade de vida, enfatizando o tratamento do problema como uma questão de saúde pública, como direito universal de cidadão, dever do Estado e da Sociedade.

Portanto, o Serviço Social tem um papel fundamental na sociedade pois, é por meio deste profissional, que as pessoas têm acesso a diversos serviços públicos. No entanto, uma das questões que ainda se presencia é a ausência de uma política pública que possa atender o cidadão até o final do processo, ou seja, da abordagem até a reinserção desta pessoa de volta a sociedade para poder usufruir de seus direitos e deveres de cidadão.

2.6 REINSERÇÃO SOCIAL

Diante de uma sociedade cada vez mais exigente aos padrões criados pelo consumismo, surgem padrões, regras e exigências para com as pessoas que sofrem algum tipo de discriminação ou mesmo por apresentar algum tipo de vício com entorpecentes. Apesar das drogas se fazerem presentes em maior quantidade de consumidores, ainda é um tabu para a maioria das pessoas, onde preferem se afastar do viciado para não precisar oferecer ou procurar ajuda de profissionais que tratam destes problemas. A deficiência que se enfrenta atualmente, é a falta de políticas públicas para essa área, pois a maioria dos municípios tem projetos para os dependentes químicos, mas estes apresentam diversas deficiências desde o início do processo até a finalização, ou seja, a reinserção do indivíduo na sociedade.

Segundo Duarte (2003, p. 135), “a reinserção assume o caráter de reconstrução das perdas e seu objetivo é a capacitação da pessoa para exercer em plenitude o seu direito à cidadania”.

Dessa forma, é entendida como o processo que o indivíduo, família, comunidade e Estado desenvolvem para a recuperação, integração ou reintegração do dependente químico na sociedade. Concretiza-se com a conscientização do indivíduo no aprendizado ou resgate de valores morais e éticos, devendo a família, sociedade e o Estado prestar-lhe apoio, criando mecanismos de educação, saúde, trabalho, esporte, lazer, cultura, apoio psicológico e espiritual para o exercício de sua cidadania (SUCAR, 2005).

Entretanto, a Reinserção Social inicia com a avaliação social, onde o profissional mapeia a vida do sujeito em aspectos significativos que darão suporte ao seu novo projeto de vida, desenhado a partir das suas características pessoais e da etapa do tratamento em que se encontram. Neste processo o profissional precisa assumir o papel de acolhimento do sujeito, no qual a atitude solidária e de credibilidade são fundamentais no vínculo entre o sujeito e o profissional, para que este possa restabelecer sua rede social na sociedade. (DUARTE, 2003).

A Reinserção Social tem como principal objetivo articular ações que viabilizem a dos pacientes em “situação de dependência”. No entanto, reinserir o indivíduo com dependência é uma das práticas da intervenção dos Assistentes Sociais na saúde, que situa-se no centro da contradição entre necessidades e ausência de recursos, entre a racionalidade social e a racionalidade burocrática, entre a necessidade de integrar ações e a compartimentação das respostas, entre a concepção biomédica hegemônica e uma concepção integrada das dimensões da vida humana voltada para a prestação de cuidados de natureza preventiva/promocional, curativa e paliativa, articulados e adequados às necessidades de cada cidadão (OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA, 2005).

As intervenções do Serviço Social visam tanto os consumidores de droga atuais como os mais antigos, desde antigos tóxico-dependentes, limpos, que estão a funcionar bem e pacientes em tratamento de metadona de longa duração, até aos tóxico-dependentes mais desfavorecidos que se encontram na rua. Isto implica igualmente que a Reinserção Social não tem lugar necessariamente após o tratamento, mas pode realizar-se independentemente de um tratamento prévio, podendo constituir a fase de um processo de tratamento ou uma intervenção pós-tratamento separada e independente, levada por serviços que não fazem tratamento, que têm objetivos e meios próprios. Os serviços de Reinserção Social não visam exclusivamente os consumidores problemáticos de drogas ilícitas, mas podem visar todos os tipos de dependências (incluindo o alcoolismo e a dependência de drogas lícitas) ou mesmo todos os grupos socialmente excluídos (sem-abrigo e pessoas que dormem na rua) (OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA, 2005).

Um dos problemas encontrados é obter uma visão global quantitativa das medidas dos dependentes, uma vez que o termo Reinserção Social não é utilizado de forma consistente. Embora possam existir diferentes serviços a funcionar lado a lado, em cada país existem normalmente modalidades de provisão gerais para a integração social, como os apresentados pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2005).

- Visando todos os grupos excluídos com ou sem problemas de dependência;

- Visando pessoas com problemas de dependência em geral;
- Visando explícita e exclusivamente os consumidores problemáticos de drogas ilícitas.

É difícil quantificar a disponibilidade dos serviços de reintegração social e avaliar a adequação dos serviços prestados, apesar dos dados disponíveis remeterem para um número de serviços provavelmente inadequado ou inacabado, deixando os pacientes à mercê do tratamento. A Reinserção Social pode ser dividida com intervenções, como a educação (incluindo formação), o alojamento e o emprego, para que estas pessoas em processo de reingresso tenham um ponto de apoio e não voltem ao mundo das drogas. Outro aspecto que influencia os dependentes é o baixo nível de escolaridade, dificultando a reinserção no mercado de trabalho. Todavia, as intervenções destinadas a melhorar as qualificações acadêmicas, técnicas ou práticas podem aumentar as oportunidades dos pacientes no mercado de trabalho (OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA, 2005).

As medidas relacionadas a inserção no mercado de trabalho podem assumir formas muito diversas como, o fornecimento de apoio às empresas que empregam um consumidor de droga num emprego competitivo, incluindo também a criação de serviços de emprego, tais como a bolsa de emprego, ou a concessão de ajuda aos pacientes para criarem a sua própria empresa (OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA, 2005).

Um dos fatores que devem ser considerados é oferta de alojamento ou a ajuda para o dependente encontrar alguma estabilidade na vida dos pacientes. A oferta de alojamento pode ser uma intervenção em si mesma, embora muitas vezes seja acompanhada por assistência psicossocial e algum tipo de supervisão.

No entanto, a Reinserção Social contribui para a eficácia do tratamento, conduzindo à realização pessoal e ao restabelecimento das redes sociais de suporte, no sentido da estabilidade clínica, emocional e social do indivíduo. É o processo através do qual o indivíduo reestrutura a sua personalidade e a sua vida, desenvolvendo competências de autonomia e responsabilidade, capazes de valorizá-lo enquanto membro útil à sociedade. A Reinserção Social, enquanto intervenção terapêutica, deve ser desenvolvida em função de cada indivíduo, pelo conhecimento da sua identidade exclusiva e diferenciada, durante todo o processo de tratamento. O acompanhamento de cada indivíduo conduz ao conhecimento e identificação das suas competências e limitações (como sendo áreas fortes e áreas fracas), passíveis de desenvolver a reconstrução da sua rede de suporte (OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA, 2005).

Portanto, a Ressocialização previne, de fato, o consumo de drogas, na medida em que contribui para evitar uma “recaída”, quando não mesmo para minimizar a conjuntura social que determinou o início ou o agravamento do consumo. O tratamento é fundamental para o processo de Reinserção Social, que está intimamente condicionado a ressocialização familiar e profissional do tóxico-dependente.

3 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

Neste capítulo é apresentada a metodologia que foi utilizada para nortear o caminho a ser seguido pela pesquisa. A pesquisa foi realizada na Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social com as Assistentes Sociais que trabalham com o Projeto de Abordagem de Rua de Florianópolis.

De acordo com Minayo (2000, p. 16) “a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro do potencial criativo do investigador”.

O método é caminho científico que é adotado para efetuar a pesquisa, ou seja, as fontes utilizadas, a explicação de como e qual a maneira que foi realizado o trabalho. De acordo com Cervo e Bervian (1996, p. 47) “o interesse e a curiosidade do homem pelo saber levam-no a investigar a realidade sob os mais diversificados aspectos e dimensões”.

A literatura dispõe de vários métodos para elaboração de trabalhos acadêmicos. Para a elaboração deste trabalho foi adotado o estudo exploratório com abordagem descritiva.

3.1 TIPO DE ESTUDO

O método adotado para a presente pesquisa foi o indutivo. Segundo Richardson (1999, p. 35) “a indução é um processo pelo qual, partindo de dados ou observações particulares constatadas, podemos chegar a proposições gerais”. Sendo que o método indutivo parte de premissas dos fatos observados para chegar a uma conclusão que contém informações sobre fatos ou situações não observadas no cotidiano. Para a presente pesquisa optou-se adotar a população com dependência que vive nas ruas de Florianópolis.

A pesquisa abordada é de cunho exploratório, descritivo. De acordo com Oliveira (2004, p. 135) “os estudos exploratórios têm como objetivo a formulação de um problema para efeito de uma pesquisa mais precisa, ou ainda, para a elaboração de hipóteses”. Os estudos exploratórios possibilitam ao pesquisador fazer um levantamento provisório do fenômeno que deseja estudar de forma mais detalhada, estruturada posteriormente, além da obtenção de informações acerca de um determinado produto ou serviço. O estudo é exploratório, visto que se analisou o caso, levantando informações pertinentes ao problema de forma que possibilitou a apresentação de um estudo que viabilizasse propostas de reinserir o dependente químico morador de rua de Florianópolis novamente a vida social.

O estudo exploratório descreve os processos estudados, o morador de rua, dependência, exclusão social, com profundidade para se poder identificar fatores ou obter resultados. Segundo Cervo e Bervian (1996, p. 49) a pesquisa descritiva “busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexas”.

Segundo Minayo (2000, p. 21),

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares [...] ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Sendo que esse tipo de pesquisa também é usado para identificar a extensão total de respostas ou opiniões que existem em um mercado ou população. A pesquisa qualitativa ajuda a identificar questões e entender porque elas são importantes.

No entanto para Richardson (1999, p. 90), “a pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos”.

A pesquisa qualitativa revela áreas de consenso, tanto positivo quanto negativo, nos padrões de respostas. Tem por objetivo ainda, traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social, pois supõe um corte temporal-espacial de determinado fenômeno por parte do pesquisador até a obtenção dos resultados desejados.

3.2 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A técnica de coleta de dados determina a maneira como os dados são buscados para a pesquisa. Os dados secundários foram coletados em revistas especializadas, *sites* da internet, livros e documentos da Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social.

De acordo com Gil (2002, p. 44)

[...] a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.

Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Boa parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisa bibliográfica.

Entretanto, a Pesquisa documental permite ao pesquisador analisar o passado, pois estes revelam o passado, fornecendo informações no presente para o planejamento futuro. Estes podem ser recolhidos no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou posteriormente (MARCONI; LAKATOS, 1999).

A técnica de observação participante é onde o pesquisador procura obter informações diretamente com a população da pesquisa (RICHARDSON, 1999). A observação é um dos instrumentos técnicos mais importantes que o Assistente Social utiliza para identificar a real intenção e interesse do morador de rua dependente químico, visto que é por meio da mesma que o profissional vai analisar o seu comportamento durante a elaboração do estudo social e o processo de reinserção do indivíduo. O período de observação foi entre julho a novembro de 2005, durante a realização do estágio curricular.

Para poder realizar um estudo profundo da atuação do Projeto de Abordagem de Rua, foi utilizado o questionário (em apêndice), composto por perguntas abertas. Questionário, segundo Richardson (1999, p. 189) possibilita “descrever as características e medir determinadas variáveis de um grupo social”.

O questionário permite uma descrição adequada das características de um grupo não apenas a ser feita por um pesquisador, mas também pode ajudar outros especialistas para a obtenção de informações de um determinado assunto. A escolha pelo tipo de pergunta, aberta, é devido representar instrumentos em que as perguntas ou afirmações apresentam categorias ou alternativas de respostas que podem ser expressas através da opinião do pesquisado (RICHARDSON, 1999). As perguntas abertas possibilitam um maior entrosamento entre o pesquisado e a pesquisa, já que poderá explanar, dar opiniões sobre o assunto com maior profundidade do que as perguntas fechadas.

A escolha deste tipo de instrumento deu-se pelo fato de se considerar a fala como reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, normas, símbolos e ao mesmo tempo possuir a magia de transmitir as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

Para o questionário foi elaborado um roteiro composto por 8 (oito) questões abertas que foi entregue a três Assistentes Sociais da Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social que trabalham com o Projeto de Abordagem de Rua

de Florianópolis, no período de 05 de outubro, retornando dia 30 de outubro de 2005 e posteriormente recolhidos para a análise.

A elaboração de um questionário de pesquisa é a atividade que exige maior atenção em todo o processo, pois será ele que traz do campo as informações essenciais para o sucesso do estudo.

3.3 POPULAÇÃO

O trabalho foi desenvolvido nas dependências da Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social, localizada a Rua Mauro Ramos, nº, 1277, Centro de Florianópolis, com a participação da equipe de trabalho, mais precisamente as Assistentes Sociais, que contribuíram com informações e com o questionário.

A amostra trabalhada foi do tipo não probabilística, com foco intencional ou de seleção racional. Conforme Richardson (1999, p. 161) neste tipo de amostra “os elementos relacionam-se intencionalmente de acordo com certas características estabelecidas no plano e nas hipóteses formuladas pelo pesquisador”. Para a pesquisa foram selecionadas um total de três assistentes sociais que participam do Programa de atendimento ao Morador de Rua com Dependência de Florianópolis.

3.4 DISCUSSÃO SOBRE A CONFIABILIDADE DA PESQUISA

Um fator que pode influenciar negativamente nos resultados da pesquisa, reside na questão do questionário, onde este apresentou perguntas abertas e dessa forma possibilitou com que os pesquisados possam ter a liberdade de expressão, sem interferência da pesquisadora.

Quanto aos critérios de confiabilidade e validade das respostas a pesquisadora se manteve neutra, para assim obter dados relevantes quanto à realidade da situação do projeto de Abordagem de Rua de Florianópolis direcionado aos dependentes químicos.

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo é apresentado o Projeto Abordagem de Rua, desenvolvido pela Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social, bem como as ações desenvolvidas pelas Assistentes Sociais. É apresentado ainda, os resultados da pesquisa realizada com as Assistentes Sociais que atuam no Projeto.

As informações resultantes da pesquisa devem ser analisadas pelo pesquisador, já que este possui o conhecimento da área, da instituição, quando necessário, de profissionais de pesquisa. Para uma análise mais detalhada é fundamental relacionar dados primários e secundários, observar a série histórica com o objetivo de identificar tendências e correlações com a realidade da situação em estudo.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO DE ABORDAGEM DE RUA

O Projeto Abordagem de Rua é um projeto da Prefeitura Municipal de Florianópolis, vinculado a Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social, foi implantado em 2001. Este projeto constitui-se numa política de atendimento da esfera municipal de Florianópolis que se destina ao atendimento de crianças, adolescentes e adultos.

É chamada de "Abordagem" do paciente ao período inicial de tratamento, ou seja, os primeiros contatos entre o serviço assistencial e o paciente. Esta fase é crucial para o processo, pois é uma avaliação cuidadosa, mais completa possível, sendo que o ponto inicial é essencial para que os indivíduos com problemas decorrentes do consumo de drogas possam receber ajuda efetiva

O projeto se caracteriza como uma proposta de atendimento sócio educativo de inclusão social, tendo como compromisso restabelecer os vínculos familiares, escolares e comunitários de crianças, adolescentes e adultos em situação de rua evitando a exposição dos mesmos aos riscos que a rua oferece.

As ações junto à população em situação de rua em Florianópolis, são efetivadas através de uma equipe de profissionais composta por Assistentes Sociais e educadores sociais, em parcerias com a Polícia Militar de Santa Catarina, Associação Florianopolitana de Voluntários (AFLOV), Companhia de Melhoramentos da Capital (COMCAP), Fundação de Meio Ambiente (FLORAM), Secretaria de Urbanismo Público (SUSP), no sentido de

viabilizar as abordagens diárias, encaminhando-os a comunidades terapêuticas, hospitais, recambiamentos, conselhos tutelares, projetos de atendimentos, visitas domiciliares e escolares.

Os objetivos do projeto são oportunizar o estabelecimento e o resgate do vínculo de crianças, adolescentes e adultos que fazem das ruas seu espaço de moradia e sobrevivência, com segmentos organizados da comunidade (escola, programas sociais, familiares, postos de saúde, centros esportivos, retorno a cidade de origem e comunidades terapêuticas), evitando a sua exposição aos riscos que a rua oferece.

O projeto de Abordagem de Rua trabalha com abordagens, que podem ser espontâneas ou realizadas a partir de denúncias da população em geral, ou ainda por órgãos, como Conselho Tutelar e SOS Criança, entre outros.

O processo de Abordagem de Rua, utiliza-se do diálogo como principal instrumento para resgatar o morador de rua, pois na sua maioria, quando chega nessa situação é porque já perdeu o vínculo com a família e a comunidade em que vivia.

O Projeto de Abordagem de Rua funciona diariamente através de visitas e denúncias a locais onde ocorre o acúmulo de moradores de rua com algum tipo de dependência. Se constatar necessidade e o interesse do dependente é oferecido ao sujeito a internação em comunidades terapêuticas, passagem de retorno à cidade de origem, encaminhamentos a hospitais, centros de apoio e ajuda, visitas domiciliares a parentes para que se possa elaborar um diagnóstico do usuário e a partir desses dados se fazer uma análise propondo alternativas de tratamento.

A cidade de Florianópolis ainda se identifica como uma cidade carente de instituições públicas de ajuda para os dependentes químicos. Sendo que a única a instituição que atende estas pessoas, é a Casa de Passagem, localizada no bairro Agrônoma, atendendo crianças, adolescentes e mães em situação de risco social.

Com a evolução do problema, surgiram outras instituições particulares como: o Abrigo Rosa Maria, instituição mantida pelo Centro Espírita Paz e Luz; o Albergue Noturno, mantido pela Maçonaria, localizada na Avenida Hercílio Luz, atende somente pessoas, com documentação por um período de 10 dias; Casa de Passagem São Judas Tadeu, localizada em Coqueiros, mantida pela paróquia local, trabalha em convênio com a Prefeitura Municipal de Florianópolis, se mantém por meio de doações particulares, amigos e outras paróquias da cidade.

O projeto de Abordagem de Rua é composto pela seguinte Equipe Técnica:

- 01 coordenador;

- 04 Assistentes Sociais;
- 05 Educadores Sociais;
- 01 Estagiária;
- 02 motoristas;
- 01 Policial Militar.

As áreas de atuação são: Ruas centrais de Florianópolis e dos bairros, Mercado Público, Terminais Urbanos, semáforos, praças e áreas de lazer.

O Projeto de Abordagem de Rua de Florianópolis desenvolveu os seguintes trabalhos, conforme dados do segundo semestre de 2004: um total de 665 atendimentos; 644 denúncias recebidas; 584 denúncias atendidas; 126 encaminhamentos as comunidades terapêuticas e 32 pessoas que não aceitam ação interventiva. Já no segundo semestre de 2005, os números foram: 539 atendimentos; 488 denúncias recebidas; 473 denúncias atendidas, 206 encaminhamentos as comunidades terapêuticas e 30 pessoas que não aceitaram ação interventiva¹.

De acordo com os dados acima, pode-se observar que o número de encaminhamentos aumentou em relação ao semestre anterior, onde se percebe que o dependente está mais consciente da importância de curar a doença.

4.1.1 Objetivos do Projeto Abordagem de Rua

O Projeto Abordagem de Rua de Florianópolis desempenha diversos serviços à comunidade, sendo que seus objetivos são:

a) Objetivo Geral

Oportunizar o resgate de vínculo de crianças, adolescentes e adultos que fazem das ruas seu espaço de moradia e sobrevivência, com segmentos organizados da comunidade (família, escola, unidade de saúde, e/ou projetos sociais, encaminhamentos a comunidades terapêuticas), evitando sua exposição aos riscos que a rua oferece.

b) Objetivos específicos

- Buscar através da educação social de rua, conhecer a população, contexto, expectativas, vivências e histórias de vida;

¹ Dados obtidos do Projeto Abordagem de Rua de Florianópolis (2005).

- Possibilitar ações concretas de interação de crianças e adolescentes a convivência comunitária, familiar e escolar, conforme Art 19 do Estatuto da Criança e do Adolescente;
- Subsidiar através de dados estatísticos, a implementação e a implantação de programas e projetos de retaguarda;
- Encaminhar ao NAF Rodoviário usuários adultos em situação de rua para retorno a sua cidade de origem e/ou reintegração a família;
- Estabelecer parcerias com outros órgãos e/ou entidades para viabilização do trabalho realizado.

Os objetivos são definidos para que o serviço desempenhado pelo Projeto possa atingir seu propósito e atender as necessidades da comunidade.

4.2 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

O Poder Público Municipal vem desenvolvendo, por meio de suas secretarias municipais, diversas ações de alcance social e o atendimento ao cidadão, principalmente nas áreas da habitação, criança e adolescente, saúde e educação, visando transformar ou pelo menos amenizar o quadro de carência socioeconômica vivenciada por muitas pessoas. Com a descentralização, os serviços de saúde e assistência social passaram a ser de responsabilidade do município.

No entanto, é neste contexto de grande exclusão social, onde quase um terço da população brasileira se encontra em condições deploráveis de existência, que o Assistente Social desenvolve sua prática. Seu olhar se volta para aqueles que por si só, não conseguem reproduzir sua vida diária, sendo que entre estes, se encontra o morador de rua, que muitas vezes se encontra ali, devido à falta de oportunidades e sem expectativa de vida.

A assistência social na cidade de Florianópolis é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Habitação, Trabalho e Desenvolvimento Social criado no ano de 2001. A mesma presta serviços assistenciais à população por meio de ações continuadas e integradas que promovem processos de inclusão social, visando à melhoria das condições de vida.

O Projeto Abordagem de Rua está ligado a Secretaria Municipal da Criança, que é constituído por assistentes sociais, educadores sociais, motoristas e parceria com instituições públicas.

No Projeto de Abordagem de Rua, a atuação do profissional de Serviço Social está vinculada ao atendimento do usuário, entretanto tais profissionais em sua prática utilizam toda

a compreensão teórica, técnica e metodológica de sua formação. Pois o Projeto exige que estejam permanentemente em busca de conhecimento concernente a complexidade que a função caracteriza.

No Projeto de Abordagem de Rua atuam três Assistentes Sociais, buscando por intermédio do diálogo, o estabelecimento de vínculo com crianças, adolescentes e adultos em situação de rua por meio de abordagens diárias nos locais de maior fixação, viabilizando uma relação de confiança entre técnicos e usuários.

O resgate e o fortalecimento dos vínculos familiares, o respeito aos valores, expectativas e anseios dos mesmos, assim com suas formas de organização e consciência devem ser considerados.

O Serviço Social trabalha para a participação do princípio da construção dos projetos coletivo e educativo, envolvendo todos os sujeitos no processo de tomada de decisão. Seu objetivo é de oportunizar o resgate de vínculo de crianças, adolescentes e adultos que fazem das ruas seu espaço de moradia e sobrevivência, com segmentos organizados da sociedade, evitando sua exposição aos riscos que a rua oferece, visa minorar a carência sócio-econômica na qual se encontra uma parcela da população.

Os procedimentos adotados pelos técnicos do Serviço Social na abordagem se processa por meio do diálogo, entrevista e a observação, pois a mesma facilita a percepção de gostos, aptidões, relações, desejos e hábitos do morador de rua.

É por intermédio da observação que o profissional poderá visualizar a real situação do dependente químico e a partir desta análise poder intervir com o diálogo, oferecer a melhor ajuda possível para que o morador de rua possa se sentir seguro para a realização de um tratamento ou outros encaminhamentos necessários.

O processo de abordagem é realizado por meio de denúncias realizados ao Programa, que não tem a necessidade da pessoa se identificar, ou mesmo por visitas realizadas a locais de maior circulação no centro de Florianópolis. A abordagem de visita é mediada por diálogo, sendo que ao avistar um morador de rua, em praças, viadutos, marquises a Assistente Social se aproxima do morador para poder conhecê-lo e assim traçar seu perfil. A partir destas informações que se pode saber se o mesmo mora no local, como sobrevive, se faz uso de alguma droga, bebida ou outro tipo de entorpecente.

A abordagem é realizada em conjunto com toda a equipe, para que o morador não se sinta constrangido e coagido, pois nada é feito para obrigar o morador a sair do local. Com o diálogo é oferecido tratamento, casa de passagem, albergues ou ainda o retorno a sua família, para que a pessoa possa usufruir de um local para sobreviver. Caso o morador identificado

seja dependente químico, este é recolhido e encaminhado à realização de consulta e exames para uma posterior internação ou não. Sendo que um dos problemas pelos quais o Programa passa é a ausência de um centro de reinserção, para que a pessoa que já terminou o tratamento possa permanecer até um certo período para estar apto a reingressar a sociedade.

4.3 ANÁLISE DO PROJETO ABORDAGEM DE RUA, VISANDO A REINserÇÃO SOCIAL

O Projeto de Abordagem de Rua de Florianópolis ainda não consegue atingir por absoluto seus objetivos, pois não possui ações de reinserção do dependente após o tratamento, e com isso acarretando em muitas vezes o retorno às ruas, o uso de álcool e outras drogas. Devido a este problema, o serviço praticado pelo projeto e pelos técnicos não surte o efeito esperado, ou seja, o retorno a vida normal e o reingresso na sociedade e na família.

De acordo com uma pesquisa realizada pelo Projeto Abordagem de Rua², entre os períodos de janeiro a setembro de 2004, obteve-se os seguintes resultados, onde foram realizados 130 abordagens. Do volume de abordagens realizados no mês de Janeiro de 2004, pode-se constatar que:

a) Sexo

- 78% masculino;
- 22% feminino.

b) Quanto à faixa etária:

- 18-21 anos :18%;
- 22 a 30 anos: 34%;
- 31 a 40 anos: 27%;
- 41 a 50 anos: 11%;
- 51 a 60 anos: 5%;
- 61 anos ou mais 3%;
- idade não confirmada: 2%.

² Pesquisa realizada pelo Projeto Abordagem de Rua de Florianópolis no ano de 2004/2005.

c) Procedência

- 17%: são naturais da cidade de Florianópolis;
- 25% são provenientes de outros municípios do Estado, principalmente de Lages;
- 51% são provenientes de outros Estados, principalmente de São Paulo;
- 7% são provenientes de outros Países, principalmente Argentina.

d) Quanto a situação de Rua:

- 48% dormindo nas ruas;
- 28% drogaditos;
- 22% sem local para ficar;
- 13% malabares;
- 12% mendicância;
- 2% exploração do trabalho infantil;
- 1% problemas psiquiátricos;
- 1% vendendo balas e doces.

e) Atendimento

- 48% reincidência;
- 52% novos casos.

f) atendimentos realizados

- 54% orientação;
- 14% NAF (Núcleo de Atenção a Família – Nafi Rodoviário);
- 11% casa de passagem;
- 10% Casa Terapêutica;
- 3% SHTDS (Secretaria de Habitação, Trabalho e Desenvolvimento Social);
- 2% Hospital;
- 2% IPQ (Instituto de Psiquiatria);
- 1% Conduzido à residência;
- 1% cesta básica;
- 1% remédio;
- 1% fralda;
- 1% Delegacia de Polícia.

Já em setembro de 2004, a situação era a seguinte:

a) Sexo

- 72% masculino;
- 28% feminino.

b) Quanto a faixa etária:

- 18-21 anos : 10%;
- 22 a 30 anos: 32%;
- 31 a 40 anos: 32%;
- 41 a 50 anos: 15%;
- 51 a 60 anos: 1%;
- 61 anos ou mais 10%;
- idade não confirmada: 1%.

c) Procedência:

- 35%: são naturais da cidade de Florianópolis;
- 25% são provenientes de outros municípios do Estado, principalmente de Lages;
- 39% são provenientes de outros Estados, principalmente de São Paulo;
- 1% são provenientes de outros Países, principalmente Argentina.

c) Quanto a situação de Rua:

- 28% dormindo nas ruas;
- 41% drogaditos;
- 3% sem local para ficar;
- 2% malabares;
- 1%Acampado em terrenos baldio;
- 1% solicitação de benefício;
- 3% procura de emprego;
- 31% mendicância;
- 5% exploração do trabalho infantil;
- 1% problemas psiquiátricos;
- 5% doente;
- 17% recambiamento;
- 1% gravidez de risco;

- 4% busca de informações.

d) Atendimento

- 56% reincidência;
- 44% novos casos.

e) Atendimentos realizados

- 2% Albergue;
- 3% Conselho tutelar;
- 8% Sócio emergencial;
- 43% orientação;
- 1% Conduzido a residência;
- 10% NAF;
- 6% casa de passagem;
- 8% Casa Terapêutica;
- 1% SHTDS;
- 3% Hospital ;
- 2% IPQ;
- 3% Visita domiciliar;
- 7% saíram do local;
- 1% elaboração de currículo;
- 1% Delegacia de Polícia.

Diante destes dados, pode-se perceber que as ações desenvolvidas pelo programa têm a preocupação de atender os problemas dos moradores de rua. No entanto, o índice de reincidência ainda é considerada muito alta em relação à demanda, pois o projeto não apresenta ações para que este morador seja beneficiado com melhoria, que agregam novas oportunidades e ocupações, que esta pessoa tenha novos hábitos e esqueça dos vícios e da rua. Os atendidos pelo projeto e que são encaminhados à casa de passagem ou a comunidades terapêuticas, após a conclusão do tratamento são “devolvidos” a sua família ou eles mesmos devem providenciar um local para alojamento e a partir deste momento se sustentar economicamente.

Entretanto, muitos destes não têm condições para se manter devido ao baixo nível educacional, dessa forma se ocupando com trabalhos sem vínculo empregatício ou mesmo com trabalhos eventuais que acabam não suprimindo suas necessidades.

Com isso, muitos dos ex-dependentes acabam retornando ao vício e acarretando em novas abordagens pelos técnicos do projeto.

Para que o processo de reinserção aconteça é preciso que sejam desenvolvidos projetos e ações pelo programa, como: bolsa de empregos, continuidade e monitoramento do tratamento, casa de permanência até que a pessoa possa se manter com seus rendimentos.

Para se poder obter um estudo mais profundo do Programa foi aplicado um questionário junto as Assistentes Sociais para que se possa desempenhar ações voltadas diretamente as necessidades do Projeto.

4.4 A PERCEPÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS DO PROJETO ABORDAGEM DE RUA EM RELAÇÃO A REINSERÇÃO DO MORADOR

O relato abaixo é decorrente do questionário realizado com três Assistentes Sociais que atuam no Projeto de Abordagem de Rua da Secretaria da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social desenvolvida pela Prefeitura Municipal de Florianópolis.

Segundo as Assistentes Sociais, um dos problemas sociais que mais vem se destacando nas grandes cidades é o grande número de moradores de rua, com diversas enfermidades, vício em drogas entre elas a bebida.

Na percepção das profissionais, na sociedade muitas organizações vem se preocupando com este contingente de pessoas sem rumo, moradia e família. Em Florianópolis o Projeto de Abordagem de Rua é desenvolvido por um grupo interdisciplinar, composto por três Assistentes Sociais que foram à amostra da presente pesquisa.

Pode-se mencionar que o perfil destas profissionais transita na faixa etária entre 35 a 45 anos de idade; possuem de 4 a 11 anos de profissão; atuam no projeto de Abordagem de Rua de 2 meses a 4 anos, sendo que todas elas têm uma vasta experiência em serviço público e também no exercício da profissão junto a problemas sociais presentes como o morador de rua dependente químico.

De acordo com o relato das Assistentes Sociais do Projeto AR de Florianópolis o perfil do morador de rua dependente químico de Florianópolis, é o seguinte: são na maioria do sexo masculino, entre jovens de 20 a 35 anos de idade; procedentes do interior do Estado de Santa Catarina e Rio Grande do Sul; possuem baixa escolaridade; não apresentam qualificação profissional; apresentam vínculo familiar e social rompido devido ao vício; iniciou o uso do

álcool já na infância; também faz uso de outras drogas e grande parte dos dependentes que são abordados são reincidentes.

Dessa forma, pode-se observar que essa população não é homogênea, por isso tanto as análises como as ações propositivas devem ser pensadas considerando o grupo e necessidades específicas. Pois aqueles que escolhem a rua ou a tem como única alternativa, devem ser convidados a participar de estudos mais profundos sobre os motivos de escolha ou determinações que os levam a habitar as ruas da cidade (PRATES; REIS; ABREU, 2000).

De acordo com os dados levantados pela Secretaria, a maioria dos moradores de Rua de Florianópolis são provindos de outras regiões, iludidos pelas belezas naturais e por uma qualidade de vida muitas vezes divulgada pela mídia fora da sua realidade e com isso atraindo todo o tipo de pessoas.

Na visão dos profissionais pesquisados, o processo de Abordagem de Rua é realizado diariamente. Segundo as pesquisadas, o processo de abordagem do morador de rua dependente químico se realiza dentro de uma visão humanista destituída de preconceitos. A mesma acontece de forma acolhedora, baseada no diálogo com objetivo de estabelecer vínculo com o usuário. Na abordagem, são apresentadas ao dependente alternativas para a resolução e/ou amenizar a situação ou o problema no qual ele se encontra e está vivendo. São também apresentadas as possibilidades de atendimento, tratamento e encaminhamento a comunidades terapêuticas conveniadas, com o projeto ou ainda tratamento ambulatorial através dos recursos da rede pública. Entende-se que todo o profissional de Serviço Social é o facilitador do processo de abordagem que somente acontece com autorização e vontade do dependente. Para que o tratamento tenha os objetivos alcançados é imprescindível à disposição e a ajuda do próprio dependente, pois nada é imposto, todo o processo ocorre com sensibilização e apresentação de todas as etapas do tratamento, bem como as obrigações, deveres do paciente no tratamento que ocorre dentro das comunidades.

Segundo Santos (1997) desmistificar a droga, não significa minimizá-la, mas tornar possível uma abordagem preventiva, baseada na verdade, no confronto com as dificuldades internas, na busca da verdadeira ecologia humana e saúde afetiva.

Diante do processo de abordagem relatado pelas Assistentes Sociais, os profissionais se deparam com diversas dificuldades e problemas diários na Abordagem de Rua de Florianópolis. No entanto, como pontos fracos vivenciadas pelo projeto de Abordagem de Rua de Florianópolis, foram identificadas as seguintes deficiências:

- Dificuldades com a rede de atendimento social do Município;
- Projetos atuam de forma isolada sem integração;

- Falta de espaço físico para o atendimento;
- Falta de recursos materiais como veículo e computadores;
- A falta de um número de unidades para o atendimento adequado para todos os dependentes cadastrados para o atendimento;
- Falta de projetos de geração de emprego e renda para a inclusão de pessoas em situação de rua;
- A lentidão da justiça nos processos;
- Falta de uma parceria mais efetiva entre os órgãos;
- Falta de interesse do usuário;
- Número insuficiente de técnicos para acompanhamento do processo;
- Criação de centros de apoio psicossocial para usuário de álcool e drogas;

Já como pontos fortes, foi apontado pelas pesquisadas:

- Comprometimento da equipe com o trabalho prestado a comunidade e aos dependentes e usuários de drogas;
- Conclusão do protocolo de atenção integral a criança e adolescente usuário de álcool e outras drogas;
- Criação da Casa de Apoio Social, com entrega prevista para dezembro de 2005;
- Realização da campanha educativa e de conscientização como “Não dê esmola, dê oportunidades”;
- Atendimento e encaminhamento de 870 pessoas no período de janeiro a outubro de 2005 pelo projeto de Abordagem de Rua de Florianópolis.

Com as dificuldades que o projeto se depara, com ações desenvolvidas, ainda se torna “gratificante poder ajudar” as pessoas que necessitam de tratamento, posteriormente à cura, o retorno a sua vida na sociedade e família. O que muitas vezes desestimula é a volta do dependente para o vício e para a rua, devido a falta de um processo completo de tratamento, ou seja o processo de reinserção.

O envolvimento das Assistentes Sociais no Projeto Abordagem de rua de Florianópolis requer um preparo técnico e psicológico adequado, pois são realizadas as mais diversas ações e atividades em benefício do cidadão e da família. Dentre elas pode-se destacar:

- Elaboração de pré-diagnóstico;
- Encaminhamentos diversos a crianças, adolescentes e adultos;
- Reunião da equipe técnica;
- Reunião com os profissionais responsáveis por outros projetos;
- Esclarecimento sobre a doença e tratamentos;

- Resgate da auto-estima;
- Encaminhamento dos dependentes às comunidades terapêuticas;
- Fazer a articulação do usuário com as comunidades e posteriormente ao retorno de suas famílias ou a cidade de origem.

O Projeto de Abordagem de Rua de Florianópolis realiza todo o processo de intervenção e encaminhamento necessários ao dependente, no entanto, este trabalho ainda não se realiza por completo, pois após o tratamento o paciente não dispõe de uma reinserção na comunidade. De acordo com as pesquisadas, foi definida pelas diversas idéias, que foram quase unânimes em relação a que seria a reinserção social do dependente químico. Sendo este definido, como “o retorno do indivíduo a convivência familiar e a comunidade”. Ou ainda “a retomada dos contatos e as atividades relacionadas à integração à família, a educação a inclusão produtiva e social”.

Sendo que o processo de reinserção ainda não acontece no Projeto de AR de Florianópolis, devido a falta de um local adequado com estrutura física e de um equipe de profissionais adequados para a realização deste serviço. Pois como foi apontado na pesquisa, devido à ausência de um tratamento completo, o índice de recuperação do dependente químico é considerado baixo, pois a maioria das pessoas abordadas são reincidentes.

Os dependentes são encaminhados às casas terapêuticas e assim permanecendo no local até completar o tratamento. Este, quando concluído recebe alta e a partir deste momento se encerra o vínculo com o programa. Com a criação da Casa de Apoio Social, com previsão de conclusão para dezembro de 2005, estão planejadas projetos e ações em relação a reinserção do dependente químico a sociedade e ao mercado de trabalho. A casa já se encontra em fase final, mas ainda não foi inaugurada devido a alguns ajustes que não foram concluídos, como contratação de profissionais para atuar e atender os ex-dependentes.

Para a realização das ações do Projeto as Assistentes Sociais enfrentam diversos problemas e obstáculos, sendo que as limitações sociais encontradas pelo Assistente Social no processo de ressocialização dos moradores com dependência química são:

- Falta de uma casa de apoio;
- Falta de uma rede social preocupada com o dependente químico;
- Falta de oportunidade e emprego,
- A baixa escolaridade e a não qualificação profissional, pois a maioria trabalha com sub-empregos;
- Comprometimento físico com doenças, como HIV, hepatite, tuberculose, DST, e também psíquico;

- Preconceito em função de muitos terem cometido delitos, como furtos e roubos para sustentar o vício;
- Um dos fatores que afeta a reinserção é principalmente o baixo índice de recuperação, pois a recaída é constante devido à falta de um acompanhamento social e psicológico.

Diante de todos estes problemas, as abordagens e tratamentos que são realizados “são gratificantes, pois aqueles que conseguem se livrar deste mundo, as famílias bem como os próprios dependentes ao final do tratamento ficam felizes” por terem conseguido superar esta etapa.

Para que a situação atual do Projeto possa ser desenvolvida com mais eficácia, deverá ser criado um local, onde o paciente ainda durante ou no final do tratamento poderá permanecer para que este possa ser reinserido na sociedade. Dessa forma, a criação de uma casa de apoio poderá contribuir para a eficácia do tratamento. A casa será um local que poderá desenvolver diversas ações que auxiliarão nos projetos desenvolvidos. Sendo que a casa de apoio será um início, para que a pessoa posterior ao tratamento poderá dispor de um local para ficar, pois muitos dos abordados não têm moradia e família. Neste sentido, a casa de apoio contará com uma equipe interdisciplinar que facilitará a construção e a reinserção do dependente de volta a sua rotina normal.

No entanto, para que se possa oferecer um serviço de qualidade, é necessário que equipe multiprofissional para o atendimento destas pessoas após o tratamento efetuado. Através da casa de Apoio, o usuário será encaminhado para a confecção de documentos, cursos profissionalizantes, centros de saúde, continuidade do tratamento, para o SAMPS (Universidade Federal para Alcoólicos Anônimos, Junta Médica Hospitalar Universitária, contato com familiares).

Na casa será oferecido todo apoio técnico para que o dependente se fortaleça e tenha condições de se manter economicamente, socialmente e psicologicamente com suas próprias ações e condições. É importante que a pessoa após o tratamento tenha sempre disponível a equipe do projeto em caso de uma necessidade, para que não ocorra a recaída.

Com isso, pode-se tecer um quadro comparativo entre a literatura e as falas das Assistentes Sociais em relação a compreensão de que é o processo de reinserção, assim disposto:

Literatura	Assistentes Sociais		
<p>“A reinserção assume caráter de reconstrução das perdas e seu objetivo é a capacitação da pessoa para exercer o seu direito à cidadania” (DUARTE, 2003, p. 135).</p> <p>A reinserção trabalha na intervenção com a educação, alojamento e emprego. Contribui para a eficácia do tratamento, pois é o processo pelo qual o indivíduo reestrutura sua personalidade e a sua vida, autonomia, responsabilidade na sociedade. (OEDT, 2005).</p> <p>É entendida como o processo que o indivíduo, família, comunidade e Estado desenvolvem para a recuperação, integração ou reintegração do dependente químico na sociedade, concretizado quando o indivíduo resgata seus valores morais e éticos, devendo a família, a sociedade e o Estado prestarem-lhe apoio por meio da criação de mecanismos educacionais, de saúde e de trabalho, para o exercício de sua cidadania”.</p>	<p>A</p> <p>“Entende-se reinserção como o resgate da cidadania, dos vínculos familiares e sociais, pois com o uso abusivo de álcool e outras drogas a pessoa rompe os vínculos”.</p> <p>“A é a construção da vida, e elaboração de um projeto de vida”.</p>	<p>B</p> <p>“É a retomada dos contatos e atividades relacionadas a integração ou reintegração a família, a educação, a inclusão produtiva e social”.</p>	<p>C</p> <p>“Seria a volta do indivíduo a convivência familiar e comunitária”.</p> <p>“Entendo a reinserção como processo de volta, através da busca por oportunidades de trabalho, sendo apoiadas por projetos de geração de emprego e renda, capacitação profissional, confecção de documentos, apoio na rede de atendimento como acesso a saúde e assistência social”.</p>

Ilustração 2 - Comparativo entre a teoria e a prática

Fonte: Dados primários (2005).

Independente do posicionamento dos profissionais é importante afirmar que a reinserção também se constrói a partir da perspectiva do usuário.

4.4.1 A reinserção do Morador de Rua dependente químico

A reintegração do dependente químico na sociedade depende, principalmente, da vontade do indivíduo em buscar tratamento, não basta à internação se a própria pessoa não quer mudar. A dependência é incurável, progressiva e fatal, por isso a necessidade de grupos

de apoio para que todos possam trocar as experiências. Pois muitos durante o tratamento acordam mal e depois que encontram alguém para conversar melhoram, o ponto de apoio é muito importante para que todas as fases sejam superadas. Um círculo vicioso, onde a fraqueza fica a espreita, principalmente em se tratando de um dependente químico, que não quer acreditar que tem o vício e precisa de tratamento.

Assim destaca-se como ocorre o processo que o indivíduo, família, comunidade e Estado desenvolvem para a recuperação, integração ou reintegração do dependente químico na sociedade, concretizado quando o indivíduo resgatar seus valores morais e éticos, devendo a família, a sociedade e o Estado prestar-lhe apoio por meio da criação de mecanismos educacionais, de saúde e de trabalho, para o exercício de sua cidadania.

O trabalho do Assistente Social na equipe interdisciplinar do Programa é imprescindível, uma vez que lida com o resgate da identidade e da cidadania. O mais importante é a retomada da cidadania, colocando outra vez de pé um cidadão que já se definia como rebotalho da sociedade.

A reinserção do dependente é um processo que deve ser executado por uma equipe interdisciplinar de atendimento social de rua. Considerando o processo de acolhimento, reconhece no morador de rua um sujeito de direitos, em processo histórico, que não necessita de uma ação de recolhimento, mas de uma intervenção pautada no estabelecimento de vínculos, para que ele se sinta abrigado por pessoas preocupadas com sua reinserção na sociedade, economicamente, socialmente e psicologicamente.

Dessa forma, é importante que os órgãos, tenham um processo definido com todas as etapas, desde a abordagem, tratamento e posteriormente um apoio para que este cidadão possa se manter livre de qualquer retorno ao mundo das drogas. O Programa de Abordagem de Rua desenvolvido pela Prefeitura de Florianópolis não dispõe este serviço para as pessoas que necessitam de tratamento. Para que se possa atender este público e atender suas necessidades no final do tratamento é importante que se disponibilize para o programa e para sua efetividade os seguintes itens:

- Abrigos - funcionando 24 h no atendimento das necessidades emergenciais, como pernoite, alimentação, higiene pessoal e encaminhamentos;
- Casa de convivência - constituindo um espaço aberto que proporcione ao morador de rua a socialização e organização grupal, contando com programação específica das oficinas terapêuticas, culturais, lazer, esportes, dentre outras;
- Albergues - que darão suporte aos hospitais, quando os pacientes moradores de rua
- receberem alta hospitalar e necessitarem de tratamento de saúde complementar;

- Casa de atendimento ao dependente químico morador adulto de rua - destinada a hospedar os moradores adultos de rua, dando suporte ao tratamento da doença, mesmo para aqueles que não tiverem a necessidade ou mesmo a oportunidade de internação em clínicas de tratamento e desintoxicação;

- Criar uma equipe de atendimento: deve ser composta por profissionais da área de saúde, Serviço Social, psicologia e agentes comunitários com cursos capacitados para o atendimento de pessoas com dependência química;

- Programa de pós-tratamento (acompanhamento periódico do indivíduo e família).

Outra opção ainda é criar dispositivos legais com critérios que possibilitem parcerias/convênios do Estado, com pessoas físicas ou jurídicas, estatais ou privadas participando do processo junto ao Programa de Abordagem de Rua de Florianópolis. A necessidade de tratamentos qualificados para adultos quimicamente dependentes é real, é nessa faixa etária que muitos não aceitam a doença e não procuram ajuda para se tratar.

Com a implantação de ações de apoio ao ex-dependente, no momento em que se finaliza o tratamento, poderá afetar diretamente o aumento da capacidade produtiva, nos campos afetivo, ocupacional, intelectual e a capacidade de elaboração de um projeto de vida e planos para o futuro.

5 CONCLUSÃO

Com problemas sociais cada vez mais presentes na sociedade, compreende-se, sob a ótica neoliberal, a desresponsabilização do Estado com a questão social. Na perspectiva desta conjuntura, entende-se a ineficiência de serviços sociais dirigidos a população adulta com algum tipo de dependência química que vive nas ruas das grandes cidades.

Contrapondo, o referencial teórico utilizado, considera-se que o significado do trabalho para o indivíduo deve se basear nas condições atuais da sociedade capitalista, o que implica que a produção dos bens materiais, além de atender a sub-existência social, visa o lucro e o aumento do capital e, para tanto, deve, necessariamente, explorar novas formas de atender as necessidades das pessoas com ações que beneficiam a demanda e a exigência dentro dos padrões estabelecidos pela sociedade, mesmo que esta esteja exposta ao mundo das drogas, do crime e a corrupção.

Dessa forma, fica evidente que, quando relacionadas à teoria, as respostas dos sujeitos envolvidos no processo estão mais próximas da realidade, uma vez que, aquela está intimamente ligada às necessidades, tanto biológicas (necessidade de comer, sobreviver) quanto sociais.

Os moradores de rua, adultos dificilmente terão acesso aos programas desenvolvidos pelas entidades públicas ligadas a assistência social. Dessa forma, o “Assistente Social convive com as mais amplas e dramáticas expressões da questão social nas relações sociais cotidianas, tal como vivenciada pelos indivíduos sociais, seja em sua vida pública e privada” (IAMAMOTO; CARVALHO, 1996, p. 14).

O poder público diante deste processo, visando os problemas com a população de rua, mostra resistência, falta de comprometimento em respeito a criação de políticas inovadoras, políticas consistentes e continuadas, que possibilitem a mobilização, a promoção e não somente ações pontuais que mantêm a dependência dessa população aos programas assistências e filantrópicos que não contribuem na tentativa de reintegrá-los ao convívio da sociedade como sujeitos.

Os dependentes fazem parte de um grupo excluído que, seja por questões econômicas ou sócio-culturais, estão mais vulneráveis e não são suficientemente contemplados pelas políticas públicas. Demandam, portanto, uma atenção especial e, diante disso, consideramos ser fundamental a implementação de um programa de apoio aos ex-usuários objetivando auxiliá-los em sua vida após o encerramento do tratamento.

Dessa forma, observa-se que as três áreas fundamentais na compreensão e intervenção em matéria de uso de alguma droga (prevenção, tratamento e repressão) esbarram nas sérias carências e na inadequação de recursos humanos e materiais. Parte do problema advém dos insuficientes investimentos na área, relacionados a um entendimento superficial do problema, que não contempla a complexidade das dimensões relacionadas no mesmo.

Em decorrência dessa deficiência, os moradores de rua vivem sob condições de moradia inadequadas e além disso, enfrentam muitas dificuldades para acessar serviços públicos tais como saúde, educação, etc. O recolhimento de roupas, remédios e materiais de trabalho dessa população carente, sem qualquer base legal, pelos agentes do Estado, potencializa a situação de risco na qual estão inseridos os moradores de rua e caracteriza a evidente violação do direito à moradia dos mesmos.

Antigamente o uso de drogas era um elemento de integração. Utilizada na maioria das vezes por adultos, com objetivos místicos, religiosos, intelectuais ou guerreiros por certos grupos e em certas circunstâncias. A droga estava inserida num momento sócio-cultural, ou seja, a maconha era utilizada no oriente e o álcool no ocidente. Atualmente o uso de drogas é um elemento de desintegração, ocupando o espaço da intimidade das relações entre as pessoas. A droga não é tratada como assunto de saúde pública e sim como uma questão econômica, visto que a plantação, produção e comércio das drogas ocupam o terceiro lugar na economia mundial.

Em Florianópolis este problema vem se agravando a cada ano, dessa forma necessitando que sejam criadas ações para que estas pessoas recebam atendimento digno com tratamento e posteriormente a reinserção na sociedade. Como dificuldade para a consolidação desse processo, destaca-se a precariedade de recursos destinados às políticas sociais pelas diversas instâncias de governo, sobretudo do governo federal, que orientado por uma perspectiva neoliberal pouco vem investindo nesta área (PRATES; REIS; ABREU, 2000).

O trabalho do Assistente Social na equipe interdisciplinar do Projeto de Abordagem de Rua é imprescindível, uma vez que lida com o resgate da identidade e da cidadania, pois o mais importante é a retomada da cidadania, reinserindo novamente o cidadão que já se definia como rebotalho da sociedade.

Mesmo com todas as dificuldades, os profissionais do Projeto Abordagem de Rua tem a consciência de promover o indivíduo os quais, através do diálogo e orientação junto ao morador de rua da melhor maneira possível viabilizar os encaminhamentos de acordo com as necessidades. No entanto, não basta o desejo do profissional, uma vez que as políticas não são eficazes, capazes de resgatar a auto-estima, de promover o indivíduo a uma nova chance.

O que pode se observar que as políticas assistenciais do município de Florianópolis não se revelam efetivas, de modo a contribuir para a superação, por parte do morador de rua, de sua situação, haja vista que, os programas assistenciais da prefeitura não possibilitam condições de dignidade e subsistência, condições de manutenção e auto-reprodução naquilo que é básico até o momento em que o indivíduo possa se libertar da assistência e poder desenvolver sua rotina com autonomia.

REFERÊNCIAS

ANTÓN, Diego, M. **Drogas**: como educar, prevenir. São Paulo: Scipione, 2000.

BARROS, Carlos Alberto Sampaio Martins. **Alcoolismo, obesidade, consultoria psiquiátrica**. Porto Alegre: Movimento, 1994.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Brasília, 1993.

BUARQUE, Cristovam. A questão social do século XXI. In: VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. 9. 2004, Coimbra. Anais. Disponível em: <<http://www.cristovam.com.br>>. Acesso em: 5 set. 2005.

BUCHER, Richard. **Drogas e sociedade nos tempos da AIDS**. Brasília: UNB, 1996.

CASTEL, Robert. As armadilhas da exclusão. In: **Desigualdade e a questão social**. São Paulo: EDUC, 1997.

CAVALCANTE, Antonio M. **Droga, esse barato sai caro**. 4. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2000.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

COVRE, Maria de Lourdes M. **O que é cidadania**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

DUARTE, Adriana. O processo de reforma da Previdência social pública brasileira. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, ano 24, n. 73, p. 120-142, mar. 2003.

ESCOLA viva: programa de pesquisa e apoio escolar, o tesouro do estudante. São Paulo: Globo, 2004.

FALCAO, Maria do Carmo. B. C. **Serviço social**: uma visão teórica. Rio de Janeiro: Cortes, 1978.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do Estado capitalista: as funções da previdência e da assistência sociais**. 8. ed. rev. São Paulo: Cortez, 2000.

FALEIROS, Vicente de P. **Metodologia e ideologia do trabalho social**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

FISCHER, Izaura Rufino; MARQUES, Fernanda. Gênero e exclusão social. **Trabalhos para Discussão**. n. 113, ago. 2001. Disponível em: <<http://www.fundaj.gov.br/tpd/113.html>>. Acesso em: 13 ago. 2005.

FRISCHEISEN, Luiza Cristina F. **Políticas públicas: a responsabilidade do administrador e o ministério público**. São Paulo: Max, 2000.

GABIATTI, Eliete Tânia. **Moradores de rua de Florianópolis e suas histórias de vida. Florianópolis**, 2003. 136 p. Monografia (Curso de Graduação em Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. **Renovação e conservadorismo no serviço social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

INSTITUTO DE DROGA E DA TOXICODEPENDENCIA. **Reinserção social**. Disponível em: <<http://www.drogas.pt/id.asp?id=p4p139>>. Acesso em: 20 set. 2005.

LONGENECKER, G. L. **Como agem as drogas: abuso de drogas e o corpo humano**. São Paulo: Quark, 1998.

LONGENECKER, G. L. **Drogas ações e reações**. São Paulo: Market Books, 2002.

LOVISI, Giovani Marcos. **Avaliação de distúrbios mentais em moradores de albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e de Niterói**. Rio de Janeiro, 2000. Tese da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Disponível em:

<<http://portaldes.cict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2000/lovisigmd/capa.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2005.

MARQUES, Fernanda et al. Gênero e exclusão social. **Trabalhos para Discussão**. 2004. Disponível em: <<http://www.fundaj.gov.br/tpd/113.html>>. Acesso em: set. 2005.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O serviço social na transição do próximo milênio: desafios e perspectivas. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 57, p. 133-147, 1998.

MARTINELLI, Maria Lucia. **Serviço social**. São Paulo: Cortez, 2000.

MARTINS, José de Souza. **Exclusão social e a nova desigualdade**. São Paulo: Paulus, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In.: **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 17. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

MINAYO, Oraci. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MICHELUZZI, Aline. **O morador de rua adulto no contexto de uma sociedade excludente**. Florianópolis, 2003. 103 p. Monografia. (Curso de Graduação em Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

NOBREGA, Airton R. **Alcoolismo e demissão de servidores**. Disponível em: http://www.mct.gov.br/legis/Consultoria_Juridica/artigos/alcoolismo_demissao.htm>. Acesso em: 23 jan. 2006.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Avaliação e Monitoramento de Políticas e Programas Sociais: Revendo Conceitos Básicos. **Revista Katalysis**, Florianópolis, v. 2, p. 141-152, 2002.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. A evolução do fenômeno da droga na união européia e na noruega. Relatório Anual: . Disponível em:<<http://ar2003.emcdda.eu.int/pt/page001-pt.html>>. Acesso em: 20 de set. 2005.

OLIVEIRA, Pêrsio S. de. **Introdução à sociologia**. 24. ed. São Paulo: Ática, 2002.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Tratado de metodologia científica**. São Paulo: Pioneira, 2004.

Organização Mundial De Saúde. Disponível em: <<http://www.oms.com>>. Acesso em: 20 de set. 2005.

PRATES, Jane Cruz; REIS, Carlos Nelson; ABREU, Paulo Belmonte de. Metodologia de pesquisa para populações de rua. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 64, ano 21, p.135-164, nov. 2000.

RICHARDSON, Roberto J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSA, C.M. **Vidas de Rua**. 1995. [112]. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

SANTOS, Rosa Maria. **Prevenção de drogas na escola**. 2. ed São Paulo: Papyrus, 1997.

SANTOS, Rosa Maria S. **A prevenção de Drogas à luz da ciência e da Doutrina Espírita**. Disponível em: <http://www.espirito.org.br/portal/artigos/diversos/drogas/a-prevencao-04.html>>. Acesso em: 25 jan. 2006.

SAUDE. Disponível em :<www.saude.gov.br>.Acesso em: 16 out. 2005.

SAWAIA, Bader Burihan (Org.). **As artimanhas da exclusão**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

SCURO, Pedro. **Sociologia ativa e didática**. São Paulo: Saraiva, 2004.

SILVA, Bernadete M. de; OLIVEIRA, Edi Mota; MAGALHAES, Maria T. F. Benefícios de prestação continuada. In: **A caminho da cidadania**. Florianópolis: OAB/SC, 1999, p. 74-94.

SOARES, Barbara Musumeci; ROHDEN, Fabiola. **As melhores intenções**: análise dos programas de prevenção e recuperação da dependência química. Rio de Janeiro: ISER, Núcleo de Pesquisa, 1994.

SUCAR, Juçara Machado. **Reinserção social**. Disponível em: <[http: www. http://www.drogas.pt/id.asp?id=p4p139](http://www.http://www.drogas.pt/id.asp?id=p4p139)>. Acesso em: 18 fev. 2005.

SUGUIHIRO, Vera Lúcia Tieko. A ação investigativa na prática cotidiana do Assistente Social. In: **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 1, n. 1, jul./dez., p. 28-69, 1999.

TAVEIRA, José Carlos; ALMEIDA, Regina Stela Andreoli de. **O morador de rua de Campo Grande**. Campo Grande: UCDB, 2002.

VIEIRA, Liszt. **Cidadania e globalização**. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

WANDERLEY M. B. Refletindo sobre a noção de exclusão. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 55, p.30-50, 1997.

YAZBEK, Maria Carmelita. Globalização, precarização das relações de trabalho e Seguridade Social. In: **Cadernos ABONG**. Subsídios às Conferências de Assistência Social I. São Paulo: UNICEF, n.19, p. 5-10, out. de 1997. Disponível em: <http://www.nead.unama.br/bibliotecavirtual/monografias/RECONFIGURACAO_IDOSO_AP_OSENTADO.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2005.

APÊNDICE A - Questionário

1) Perfil do entrevistado, quanto à idade, tempo de profissão, tempo de atuação no projeto bem como em órgão público?

a) Pesquisada

Idade: 35 anos

Tempo de profissão: 11 anos

Tempo de atuação em órgão público: 08 meses na Prefeitura Municipal de Garopaba/SC e 10 anos na Prefeitura de Florianópolis, sendo 8 meses no Projeto SOS Criança; 1 ano no Programa de Orientação e Apoio Sócio-familiar e desde 02/05 no Projeto de AR, mais especificamente atendendo Comunidade Terapêutica.

b) Pesquisada

42 anos, 04 anos de profissão, 2 meses de Projeto Comunidades Terapêuticas

c) Pesquisada

44 anos, 5 anos, 4 anos atuando no Projeto de Abordagem de Rua e na PMF.

2) Qual é o perfil do morador de rua dependente químico de Florianópolis?

a) Pesquisada

Ainda não temos uma pesquisa do perfil do morador de rua dependente químico de Florianópolis, porém nos atendimentos constatamos que: a grande maioria são homens. Idade entre 25 a 35 anos; procedentes do interior do estado (região da Serra e Oeste) e de outros Estados (principalmente Rio Grande do Sul e Paraná), possuem o ensino fundamental incompleto, sem qualificação profissional, vínculo familiar e social rompido. Cabe ressaltar que a maioria é usuário de crack e álcool, sendo que iniciaram o uso no início da adolescência, por volta dos 12 anos por curiosidade e/ou para ser incluído em grupos de amigos. Geralmente com histórico de “exalada” iniciaram usando drogas mais leves e com menor frequência. Também observamos que a maioria já esteve em tratamento em dependência química, ou seja, são reincidentes.

b) Pesquisada

Na maioria são pessoas jovens, do sexo masculino, com baixa escolaridade, naturais do interior e também de outros estados.

c) Pesquisada

Este perfil ainda não foi traçado, no que se refere a dados quantitativos, no entanto, podemos considerar que: a maioria é homem, jovem de 20 a 32 anos, baixa escolaridade, proveniente de outras cidades do Estado, de outros Estados (PR, RS). Iniciou o uso de álcool e ou outras drogas por volta dos 10 anos. A maioria não possui vínculo familiar. Vive de mendicância ou sub empregos como venda de materiais recicláveis (lata, papelão).

3) Qual a abordagem do morador de rua dependente químico?

a) Pesquisada

Trabalhamos com abordagem acolhedora, com o objetivo de estabelecer vínculo com o usuário. Buscamos a reflexão sobre a situação e a busca de alternativas para resolução e/ou amenizar a situação problema vivida.

b) Pesquisada

A abordagem acontece de forma individualizada, pautada através do diálogo com intuito de estabelecer vínculos facilitando o processo de aceitação na tomada de decisão para a mudança de vida.

c) Pesquisada

Abordagem dialógica, baseada no dialogo, onde se busca compreender a história de vida, visão do mundo e valores do usuário com o objetivo de encaminhá-lo para tratamento em dependência química em Comunidades terapêuticas conveniadas ou tratamento ambulatorial usando os recursos da rede. Essa abordagem é dentro de uma visão humanista destituída de preconceitos de julgamento. A dependência química é doença e precisa ser compreendida como tal. O usuário não pode ser visto como vítima, mas como pessoa capaz de mudar a sua história

4) Quais as principais dificuldades enfrentadas na Abordagem de Rua de Florianópolis, identificando os pontos fortes e fracos?

a) Pesquisada

Por haver parte de um sub projeto (Comunidades terapêuticas) e por estar a pouco tempo atuando no mesmo, fica um pouco difícil falar sobre as dificuldades enfrentadas na abordagem de rua, porem destacamos como pontos dificultadores questões externas e interna como:

- dificuldades com a rede de atendimento social do município, pois não existe articulação da rede, os programas/ projetos ainda atuam de forma isolada, como

‘ilhas’. Os programas/projetos existentes não conseguem dar conta da demanda, sempre trabalham com demanda reprimida.

- Dificuldades para realizarmos encaminhamentos aos setores de saúde, mercado de trabalho, capacitação profissional;
- Outra dificuldade enfrentada é a lentidão da justiça.
- Falta de espaço físico adequado para realizarmos atendimentos;
- Falta de recursos materiais (veículo, computador etc.) e as inúmeras dificuldades enfrentadas pelo serviço público;
- O ponto forte: acredito ser o comprometimento da equipe profissional com o trabalho.

b) Pesquisada

No projeto Comunidades Terapêuticas podemos citar a ausência de unidades de desintoxicação de dependentes químicos nos hospitais gerais; número insuficiente de técnicos para acompanhamento do tratamento e processo de reinserção; vínculo, ausência do CAPS para adultos e residência terapêutica – dependência química e com morbidades do projeto abordagem. Após o tratamento quando necessário, realizamos o encaminhamento a cidade de origem, através do NAF, ou em conjunto de outros programas da rede.

c) Pesquisada

O profissional é um facilitador desse processo de mudança que só poderá ocorrer se os outros assim o desejarem. A pessoa é livre para fazer escolhas e responsável pelos seus atos.

Pontos problemáticos:

- dificuldade de compreensão dos outros projetos da rede do município em relação às atribuições da abordagem;
- falta de interesse do usuário;
- rede de serviços insuficiente para atender a demanda;
- necessidade de veículo e motorista para atender as comunidades terapêuticas;
- falta de parceria mais efetiva entre abordagem de rua e Polícia Militar;
- maior articulação entre as emergências dos hospitais e os técnicos do Projeto de Abordagem de Rua;
- necessidade de Pensão Protegida;
- falta de projetos de geração de emprego e renda para inclusão de pessoas em situação de rua;
- falta de unidades de desintoxicação para dependentes químicos – UDA nos hospitais gerais;

- criação de centro de apoio psicossocial para usuários de álcool e outras drogas;
- demanda da reprimida de outros projetos;
- falta de política na área habitacional.

Pontos fortes:

- atendimento e encaminhamento a 870 pessoas no período de janeiro a outubro de 2005.
- Conclusão do protocolo de Atenção Integral a criança e do adolescente usuários de álcool e outras drogas. Protocolo este elaborado a partir de reuniões do Conselho municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e OGS e ONGS.
- Criação da Casa de Apoio com inauguração prevista para dezembro de 2005.
- Redução do número de pessoas em vulnerabilidade social;
- Realização de campanha “Não dê esmola de oportunidade”, conscientizando a população sobre os malefícios que causam a doação de esmolas em semáforos e suas fazes ao uso de drogas.

5) Quais as ações desenvolvidas pelas Assistentes Sociais no Projeto Abordagem de rua de Florianópolis?

a) Pesquisada

Como não atuo diretamente no projeto não tenho como falar sobre as ações desenvolvidas, porem no atendimento ao dependente químico as ações desenvolvidas são voltadas para o esclarecimento sobre a doença, o tratamento, o resgate da auto-estima e quando a pessoa decide pela internação fazemos os encaminhamentos para as comunidades terapêuticas conveniadas e para as casas que não são de internação encaminhamos para grupos de auto-ajuda, serviço de atendimento da UFSC, quando a família acompanha orientamos e encaminhamos para grupo Amor-Exigente. Além do atendimento direto com os cidadãos que procuram o programa, fazemos o acompanhamento junto as comunidades terapêuticas.

c) Pesquisada

A abordagem inicial baseada no dialogo e estabelecimento de vínculo.

- elaboração de pré-diagnóstico;
- encaminhamentos diversos a crianças e adolescente e adultos, tais como Conselhos Tutelares, projetos e ou Programas Sociais da Rede do Município (bolsa família, Sócio emergencial, Concessão de benefício , Centros de Referencia, etc.)
- reuniões da equipe técnica
- reuniões com outros projetos.

6) O que é reinserção para você?

a) Pesquisada

Entendo como resgate da cidadania. O resgate dos vínculos familiares e sociais, pois com o uso abusivo de álcool e outras drogas a pessoa rompe esses vínculos. A é a reconstrução da vida, elaboração de um projeto de vida.

b) Pesquisada

Reinserção é a retomada dos contatos e atividades relacionadas a integração ou reintegração a família, a educação, a inclusão produtiva e social.

c) Pesquisada

seria a volta do indivíduo a convivência familiar e comunitária. O morador de rua se afasta da sociedade convencional e passa a viver a margem. Constrói outros laços com pessoas que também estão nesta condição. Sofrem preconceitos são estigmatizados. Entendo a como processo de volta, através da busca por oportunidades de trabalho, sendo apoiado por projetos de geração de emprego e renda, capacitação profissional, confecção de documentos pois a maioria os perdeu; apoio na rede de atendimento como acesso a saúde, a assistência social. Enfim, seria o apoio de profissionais para a construção de um novo projeto de vida, vendo cada pessoa como ser único que precisa ser compreendido, aceito e rejeitado na sua singularidade e como cidadão de direitos.

7) Como é feito o processo de reinserção do dependente químico pelo projeto de abordagem de rua?

a) Pesquisada

Ainda não é feito esse processo, pois o projeto ainda não conta com esse suporte e também são poucos os que concluem o tratamento. Talvez por isso o grande número de reincidências.

b) Pesquisada

A reinserção está sendo realizada pelos técnicos das comunidades terapêuticas na sua maioria. Acreditamos que com a criação da casa de apoio este serviço será sistematizado sendo que atualmente este trabalho é feito de forma pontual

c) Pesquisada

Até o presente momento as pessoas com dependência aqui são encaminhadas para as comunidades terapêuticas conveniada e a própria comunidade realiza a reinserção social com os usuários que completam o tratamento.

Esta secretaria em dezembro de 2005 estará inaugurando uma Casa de Apoio Social que prevê a reinserção social como atendimento prioritário.

Cabe ressaltar que o índice de recuperação do dependente químico é baixo e que a maioria dos atendidos é reincidente, ou seja, são encaminhados várias vezes para as diversas comunidades terapêuticas e acabam retornando para as ruas.

8) Quais as limitações sociais encontradas pelo Assistente Social no processo de ressocialização dos moradores com dependência química?

a) Pesquisada

Novamente a falta de uma sede social articulada. A falta de oportunidades de emprego, etc.

b) Pesquisada

Pouca articulação da rede social, ausência da Casa de Apoio – em implantação.

c) Pesquisada

As limitações são de ordem diversas, onde destacamos a baixa escolaridade dos usuários e a não qualificação profissional, a maioria realizava trabalhos como: auxiliar de pedreiro, pintura, limpeza de jardins, auxiliar de serviços gerais.

Outro dificultador é o comprometimento físico como doenças de HIV, Hepatite, Tuberculose, etc.

O preconceito em função de muitos já terem cometidos vários delitos como, pequenos furtos, assalto, entre outros.

E principalmente o baixo índice de recuperação e as recaídas. Considerando que a dependência é doença segundo A OMS, crônica, progressiva e fatal. Possível de ser tratada, onde destacamos a importância do modelo cognitivo comportamental e apoio em grupos de ajuda-mútua.

9) De que forma você acredita que a criação de uma casa de apoio contribui para a eficácia do tratamento?

a) Pesquisada

Acredito que a criação da Casa de Apoio será um começo, pois o fato da pessoa não retornar para a rua, evitará a recaída. Mas temos que pensar que não é só isto, que em primeiro lugar precisamos ter serviços de tratamento de qualidade para que as pessoas concluam o tratamento para irem para a casa de Apoio; também é necessário que essa casa conte com profissionais capacitados para auxiliarem na construção do projeto de vida; a capacitação, a geração de renda, etc. pois não é apenas o direito a moradia que se encontra violado.

b) Pesquisada

A Casa de Apoio será mais um elemento no processo de tratamento e principalmente na reinserção dos moradores de rua.

c) Pesquisada

A pessoa que será encaminhada à Casa de Apoio não tem vínculo familiar e não tem local para morar. Neste sentido a casa contará com uma equipe interdisciplinar (educadores, psicólogos etc.) que através de trabalho individualizado facilitará a construção de um novo projeto de vida.

Para tanto, este projeto de vida deverá ser alicerçado no direito a assistência social, a saúde, a educação, ao lazer etc.

O usuário será encaminhado para retirada de documentos; para cursos profissionalizantes; para o mercado de trabalho, para centro de saúde, hospitais, continuidade do tratamento, sendo encaminhado ao SAMPS.

Enfim a equipe técnica dará todo o suporte para que a pessoa se fortaleça e tenha condições de se manter econômica, social e psicologicamente. O vínculo com a equipe não precisará ser desfeita, é importante a pessoa ter consciência de que não está só nesta nova etapa da vida.